W i l f r i e d S c h m i t z

Rechtsanwalt

RA Wilfried Schmitz, Mitglied der RA-Kammer Köln

Büro in 52538 Selfkant:

De-Plevitz-Str. 2
Telefon: 02456-5085590
Telefax: 02456-5085591
Mobil: 01578–7035614
Mobile Festnetz-Nr.:
02456-9539054
Email: ra.wschmitz@googlemail.com5
Homepage abrufbar unter:
Rechtsanwalt-Wilfried-Schmitz.de
Steuernummer: 210/5145/1944
USt.-IdNr.: DE268254583

An

Gesundheitsamt …
(Landkreis …)
…

Per Fax: …
Per Mail: …

Bei Zahlungen bitte stets angeben:
Rechn.-Nr.:

Bei Antworten bitte stets angeben:
Aktenzeichen: …

Selfkant, den 2.4.2021

Zum missbräuchlichen Einsatz von Antigen- bzw. Schnelltests u.a. in den Schulen in Ihrem Zuständigkeitsbereich

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der vorbezeichneten Angelegenheit hat mich Frau …, die für ihre Kinder …und … das alleinige Sorgerecht hat, mit der Vertretung ihrer Interessen beauftragt. Eine auf mich lautende Vollmacht **liegt an**.

Ihr Sohn …, …, besucht die Klasse … der … in…., ihr Sohn …, geb. … besucht die Klasse: … der …in ….

Aus diesem Grunde ist meine Mandantin schon seit Monaten täglich mit den Folgen der diversen sog. Anti-Corona-Maßnahmen konfrontiert, von denen ihre beiden schulpflichtigen Söhne betroffen sind.

Sie hat die Berechtigung der diversen Maßnahmen vertieft hinterfragt und geprüft und sieht sich deshalb veranlasst, sowohl die verantwortlichen Mitarbeiter Ihres Amts als auch die Mitglieder des Kreistags über die grundsätzlichen Einwendungen zu informieren, denen diese Anti-Corona-Maßnahmen – soweit diese ihre Söhne betreffen – ausgesetzt sind.

Aus der Sicht meiner Mandantin haben alle Maßnahmen gemeinsam, dass sie jeder wissenschaftlich fundierten Rechtfertigung entbehren und daher willkürlich sind, generell oder zumindest unter Umständen mit erheblichen Gefahren für die Gesundheit aller Schulkinder verbunden sind und letztlich nur

in unverantwortlicher Weise zu vollkommen unnötigen Traumatisierung aller Schulkinder beitragen.

Den nachfolgenden Vortrag gliedern wir wie folgt:

A) Grundsätzliche Klarstellungen

B) Zur Schädlichkeit und Untauglichkeit der Maskenpflicht

C) Zur Untauglichkeit der PCR-Tests

D) Zu dem Missbrauch, den Gefahren und der Untauglichkeit der Antigen- bzw. Schnelltests

E) Zur Unverantwortlichkeit der aktuell eingesetzten mRNA-„Impf"-Stoffe

F) Abschließende Anmerkungen

A)

Grundsätzliche Klarstellungen

Nach ständiger Rechtsprechung des BVerfGs gilt (Zitat):

„In seinem klassischen Gehalt schützt Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit vor staatlichen Eingriffen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts erschöpft sich das Grundrecht jedoch nicht in einem subjektiven Abwehrrecht gegenüber solchen Eingriffen. Aus ihm ist vielmehr auch eine Schutzpflicht des Staates und seiner Organe für das geschützte Rechtsgut abzuleiten, deren Vernachlässigung von dem Betroffenen grundsätzlich mit der Verfassungsbeschwerde geltend gemacht werden kann (vgl. BVerfGE 77, 170 <214>; 77, 381 <402 f.>). Die Schutzpflicht gebietet dem Staat, sich schützend und fördernd vor gefährdetes menschliches Leben zu stellen, es insbesondere vor rechtswidrigen Eingriffen Dritter zu bewahren (vgl. BVerfGE 39, 1 <42>; 46, 160 <164>; 49, 89 <141 f.>; 53, 30 <57>; 56, 54 <73>). Eine solche Schutzpflicht besteht auch hinsichtlich der Missbrauchsgefahren, die vom Umgang mit Schusswaffen ausgehen (vgl. BVerfGK 1, 95 <98>).
Bei der Erfüllung dieser Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG kommt dem Gesetzgeber wie der vollziehenden Gewalt jedoch ein weiter Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu (vgl. BVerfGE 77,

170 <214>). Die Entscheidung, welche Maßnahmen geboten sind, kann nur begrenzt nachgeprüft werden. Das Bundesverfassungsgericht kann eine Verletzung der Schutzpflicht daher nur dann feststellen, wenn die öffentliche Gewalt Schutzvorkehrungen überhaupt nicht getroffen hat oder **die ergriffenen Maßnahmen gänzlich ungeeignet oder völlig unzulänglich sind, das gebotene Schutzziel zu erreichen** (vgl. BVerfGE 56, 54 <80 f.>; 77, 381 <405>; 79, 174 <202>; stRspr).“ (BVerfG – 2 BvR 1676/10)

An diese staatliche Schutzpflicht kann im Kontext der aktuellen Politiken, die der Eindämmung der Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus dienen sollen, gar nicht oft genug erinnert werden, denn:

Es gab und gibt keine verfassungsgemäße und damit wirksame Rechtsgrundlage für die diversen (sog.) Anti-Corona-Maßnahmen, insbesondere auch nicht Anordnung einer Maskenpflicht (im Unterricht) oder von PCR-Tests (gegenüber sog. Menschen ohne Krankheitssymptome bzw. sog. Nicht-Störern).

Zur Einführung sei auf das Urteil des AG Weimar vom 11.1.2021 zu AZ. 6 OWi – 523 Js 202518/20 verwiesen, wonach die aktuellen Anti-Corona-Maßnahmen nur noch als verfassungswidrig und krasse politische Fehlentscheidung gewertet werden können, siehe:

https://openjur.de/u/2316798.html

In der rechtswissenschaftlichen Literatur wurden schon zuvor grundsätzliche Bedenken gegenüber den Not-Verordnungs-Regime geäußert:

So hat Prof. Dr. Uwe Volkmann hat in seinem NJW-Beitrag „Heraus aus dem Verordnungsregime“ (siehe NJW 43/2020, S. 3153 ff.) vertieft dargelegt, warum solche Rechtsverordnungen – nach so vielen Monaten der „Corona-Krise“ - jedenfalls aktuell evident nicht mehr dem **Grundsatz des Parlamentsvorbehalts** entsprechen, so dass er die Anordnung der Maskenpflicht auf der Basis einer CoronaBetrVO nur noch als verfassungswidrig bezeichnen konnte. So führt er ebenda aus (Zitat): „In den mittlerweile verstrichenen Monaten der Pandemiebekämpfung wäre längst Zeit gewesen, auch diese Maßnahmen auf ein ausreichendes gesetzliches Standbein zu stellen… Wenn es je eine Angelegenheit in den letzten Jahren und Jahrzehnten gab, die für das Gemeinwesen und seine Zukunft wesentlich ist, dann ist es diese.“(ebenda, S. 3159).

Was den Stand der gesicherten Erkenntnisse und der rechtlichen Bewertung der ganzen unsäglichen „Anti-Corona-Maßnahmen“ von Ende Dezember 2020 angeht, so möchte ich auf die sehr gut begründete **190-seitige**

Verfassungsbeschwerde (VB) des Richters Pieter Schleiter vom Landgericht Berlin von Ende Dezember 2020 verweisen, die jedermann im Web unter dem Link

https://2020news.de/deutscher-richter-erhebt-verfassungsbeschwerde-in-sachen-corona/

kostenlos herunterladen kann.

Diese VB sollte jeder unbedingt lesen, der sich mit der Frage der Verfassungswidrigkeit der Coronaschutzverordnungen der Länder und der (fehlenden) Rechtfertigung der diversen Anti-Corona-Maßnahmen befassen muss.

Nach den Darlegungen dieser sind insbesondere das Durchregieren des Bundes über Rechtsverordnungen der Länder im Rahmen der Beschlüsse in den Ministerpräsidenten-Konferenzen, die faktische Selbstentmachtung der Parlamente (Verletzung des Parlamentsvorbehalts) und die weitreichende Ermächtigung eines Gesundheitsministers zur Änderung von Vorschriften des Gesundheitsrechts eindeutig verfassungswidrig.

Ich mache mir die Ausführungen zur Sach- und Rechtslage dieser VB, die mit ihren grundsätzlichen Ausführungen problemlos auf die Rechtslage in allen Bundesländern übertragen werden kann, umfassend zu eigen.

In dieser VB sind u.a. – was nachfolgend noch vertieft werden wird - ab Seite 84 die von namhaften Wissenschaftlern festgestellten **zehn** (!) groben Mängel / Fehler dieses PCR-Tests zusammengefasst worden.

Darauf möchte ich in diesem Kontext insbesondere verweisen, da niemand bestreiten wird, dass es ohne wissenschaftlich fundierte Basis – hier die Fallzahlen, die von allem Anfang an die Grundlage zur Beurteilung des Pandemiegeschehens bilden – letztlich auch keine Basis für epidemiologische Einschätzungen geben kann.

Der Verfasser der vorgenannten VB steht mit dieser Position keinesfalls alleine. Er weiß sich vielmehr in bester Gesellschaft zahlreicher Experten, die sich kritisch mit den offiziellen Narrativen zum Pandemiegeschehen befasst haben.

Mittlerweile hat sich auch ein „Netzwerk kritischer Richter und Staatsanwälte" gegründet, das die Berechtigung der Anti-Corona-Politik hinterfragt, siehe:

https://www.netzwerkkritischerichterundstaatsanwälte.de

Stellvertretend für viele gleichlautende Ausführungen von Juristen kann ich auf den Inhalt des Schreibens von Dr. Fuellmich an Prof. Christian Drosten von

der Charité vom **15.12.2020** verweisen, unter im Web u.a. unter dem folgenden Link abrufbar ist:

https://www.rechtsanwalt-wilfried-schmitz.de/wp-content/uploads/2020/12/15.12.20-Abmahnung-von-RA-Dr.-Fuellmich-an-Prof.-Drosten-wegen-dessen-fünf-grundlegender-Falschaussagen.pdf

Die zusammenfassende Darstellung des Rechtsanwalts Dr. Fuellmich zu **fünf zentralen Falschbehauptungen** des Prof. Drosten, auf denen faktisch die gesamte Anti-Corona-Politik von Bund und Ländern seit Beginn der vermeintlichen „Corona-Pandemie" gestützt worden ist, ist im Hinblick auf alle tragenden Behauptungen mit zahlreichen Quellen unterlegt und legt damit äußerst schlüssig dar, warum die gesamte Corona-Politik ganz offensichtlich auf einem wissenschaftlichen Betrug basiert und warum jeder, der für diese Politik – und ihre Aufrechterhaltung – mitverantwortlich ist, nicht nur mit strafrechtlichen, sondern auch mit haftungsrechtlichen Konsequenzen rechnen muss. Das gilt evident nicht nur für Prof. Drosten, sondern für jeden, der sich hier verantwortlich zeichnet.

Es ist insbesondere auch nachweislich schlicht falsch pauschal zu behaupten, dass „im Falle einer solchen Infektion" „den Betroffenen" schwere Krankheitsverläufe drohen, die auch zum Tode führen.

Das weiß man nicht erst seit der **Heinsberg Studie** von Prof. Streeck besser.

„Mit der Gesamtzahl aller Infizierter kann die Infektionssterblichkeit (IFR) bestimmt werden. Sie liegt für SARS-CoV-2 für den Ausbruch in der Gemeinde Gangelt bei **0,37 Prozent**…"

Quelle:

https://www.uni-bonn.de/neues/111-2020

Wesentlich umfassender und differenzierter ist die Metastudie des höchst renommierten Stanford Professors John Ioannidis, die die Infektionssterblichkeit (**IFR**) von vielen Faktoren abhängig macht und noch einmal deutlich geringer ansetzt, eben bei ca. **0,20 %**. **Bei Personen unter 70 Jahren liegt die IFR im Median bei 0,05 %**.

Original-Text der Studie:

https://corona-ausschuss.de/wp-content/uploads/2020/10/BLT.20.265892.pdf

Über diese Metastudie ist von allen Medien berichtet worden, zumal sie auch von der WHO veröffentlicht worden ist, so dass sie auch der Beklagten bekannt sein muss, siehe u.a.:

https://www.merkur.de/welt/who-corona-studie-tote-uebersterblichkeit-infektion-pandemie-zr-90073439.html

Prof Ioannidis hat die IFR mittlerweile auf den Wert von **0,15** korrigiert, siehe:

https://tkp.at/2021/03/29/neue-ioannidis-studie-infektionssterblichkeit-weltweit-etwa-015-prozent/

Weiter hat der **Verein Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.** am **13.10.2020** eine ausführliche Stellungnahme veröffentlicht, in der es u.a. heißt:

„Mit großer Zuverlässigkeit kann bereits gesagt werden, dass die Todesfälle in erster Linie ältere und vor allem hochbetagte Menschen betreffen. In Deutschland gab es nur 3 Todesfälle unter dem 20. Lebensjahr. **Der Altersmedian der COVID-Verstorbenen liegt bei 82 Jahren und 85% der Verstorbenen waren 70 Jahre oder älter** [9]. Kinder scheinen insgesamt weniger empfänglich für eine SARS-CoV-2-Infektion zu sein. In Deutschland waren nur 3,4% der positiv Getesteten unter 10 Jahre alt, und nur 6,4% zwischen 10 und 19 Jahren [9]. Möglicherweise werden Kinder aber auch seltener getestet. Daher sind diese Zahlen des RKI mit Vorsicht zu interpretieren, da sie nicht einer repräsentativen Stichprobentestung entstammen, sondern lediglich die unsystematisch durchgeführten Massentestungen widerspiegeln. Neben dem Alter stellen auch Begleiterkrankungen wesentliche Risikofaktoren dar. In einer kürzlich publizierten Metaanalyse zeigten sich kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, chronische Niereninsuffizienz und Krebs als unabhängige Risikofaktoren für die COVID-19-Letalität [13]…."

Eine weitere Übersicht zur Corona-IFR findet sich auf der Homepage von **Swiss Policy Research**, und dieser Übersicht kann entnommen werden:

https://swprs.org/studies-on-covid-19-lethality/

Im Hinblick auf die Datenerhebung in Deutschland ist zu beachten, dass die Daten – ungeachtet der ohnehin gegebenen Untauglichkeit des PCR-Tests – zudem noch dadurch erheblich verzerrt und verfälscht werden, dass hierzulande bekanntlich jeder als „Corona-Toter" erfasst wird, der „mit" dem SARS-CoV-2-Virus stirbt. Ob er „an" diesem Virus gestorben ist, das interessiert das RKI nach den Aussagen des RKI-Chefs Wieler nicht, der wörtlich äußerte:

„Bei uns gilt jemand als Corona-Todesfall, bei dem eine Corona-Infektion nachgewiesen wurde."

Quelle (mit weiteren Nachweisen):

https://www.rubikon.news/artikel/befehlsverweigerung

Ebenso nachweislich falsch ist die immer noch verbreitete Behauptung, dass das Tragen von Mund-Nase-Bedeckungen nach dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Verminderung des Infektionsrisikos geeignet sei.

Wir gehen davon aus, dass gerade auch diese absurde Maskenpflicht offensichtlich nur der Fortsetzung der Inszenierung eines „Pandemie-Theaters" diente.

In dem Buch „Virus-Wahn" wird die Maskenpflicht folgerichtig als „Gipfel der Absurdität" bezeichnet (ebenda, Seiten 445 – 450 mit zahlreichen Quellen und Studien), was die diesseitige Aussage bestätigt, die aus den hierzu bereits vorgetragenen Quellen abgeleitet wurde.

„So hat etwa das renommierte unabhängige US-Institut National Bureau of Economic Research (NBER) in seiner Metaanalyse mit Daten von 24 Ländern und 25 US-Bundesstaaten im August 2020 aufgezeigt, dass die verordneten Maßnahmen **wie Maskentragen** das Infektionsgeschehen **nicht relevant beeinflussen**."(ebenda, Seite 445 mit weiteren Nachweisen).

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Dr. med. Claus Köhnlein,
Königsweg 14, 24103 Kiel

Auch eine **Studie von Ines Kappstein** kommt zu der eindeutigen Erkenntnis:

„Die Empfehlung für MNB im öffentlichen Raum hat

1. **keine wissenschaftliche Grundlage und ist**
2. **sogar potenziell kontraproduktiv.**

Angesichts der niedrigen Inzidenz von COVID-19 (Juli 2020) und somit auch angesichts der Tatsache, dass eine Überlastung des Medizinsystems und insbesondere der Intensivbehandlungskapazität nicht zu erwarten ist (und im Übrigen auch in den Wochen zuvor **nicht** gegeben war), ist eine so einschneidende Maßnahme wie die generelle Maskenpflicht für die bei weitem überwiegende Mehrheit aller Bürger im öffentlichen Raum **nicht zu begründen und entspricht auch nicht den Empfehlungen der WHO**."

Diese Studie ist im Volltext abrufbar unter:

https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1174-6591

Dass „nichtpharmazeutische Maßnahmen“ wie diese Lockdowns – zu deren Maßnahmen auch diese unsägliche Maskenpflicht gehört - im Hinblick auf die damit angeblich beabsichtigte Eindämmung der Ausbreitung des Corona-Virus letztlich keine Wirkung haben, das kann man ebenfalls längst einschlägigen Studien entnehmen, siehe u.a.:

1.

Analyse von **Prof. Dr. Werner Müller**, abrufbar unter:

https://www.prof-mueller.net/corona/analyse/

2.

Studie von **Isaac Ben-Israel**, die leider nur in englischer Fassung vorliegt:

https://www.timesofisrael.com/the-end-of-exponential-growth-the-decline-in-the-spread-of-coronavirus/

Diese Studie kommt zu dem Schluss:

„Our analysis shows that this is a constant pattern across countries. Surprisingly, this pattern is common to countries that have taken a severe lockdown, including the paralysis of the economy, as well as to countries that implemented a far more lenient policy and have continued in ordinary life.“

Es müsste auch längst allgemein bekannt sein, dass von symptomlosen bzw. gesunden Kindern faktisch ohnehin keine Ansteckungsgefahr ausgeht.

So hat eine große **Studie aus Wuhan** schon in 2020 den Nachweis geliefert, dass symptomlos „Infizierte“ – also Menschen ohne irgendwelche Krankheitssymptome, und das heißt: gesunde Menschen, die bloß mit einem untauglichen PCR-Test „positiv“ getestet und deshalb irreführend als „Infiziert“ bezeichnet wurden und werden – bei der Übertragung von COVID-19 „kaum eine Rolle spielen.

„Nach Ende eines strengen Lockdowns vom 23. Januar bis zum 08. April wurde in Wuhan zwischen dem 14. Mai und 01. Juni ein stadtweites SARS-CoV-2-Nukleinsäure-Screening-Programm eingeleitet. Dabei gelangten die Forschenden zu einer besonders spannenden Erkenntnis: **Asymptomatisch Infizierte scheinen bei der Übertragung von COVID-19 kaum eine Rolle zu spielen**. Die Screening-Ergebnisse wurden im Fachjournal "nature communications" veröffentlicht.“

Quelle u.a.:

https://www.esanum.de/today/posts/covid-19-asymptomatisch-infizierte-uebertragen-corona-selten

Auch das sollte eigentlich längst allgemein bekannt sein.

Was für ein Wahnsinn also, wenn auch gesunde Menschen, die für niemanden eine Gefahr darstellen, vollkommen grundlos dazu genötigt werden, eine nachweislich nutzlose Maske zu tragen, was sich auch schon daraus ergibt, dass nicht einmal FFP2-Masken vor Viren schützen.

Sie sollten zudem nicht vollkommen unkritisch die Verlautbarungen des RKI wiederholen, schon gar nicht dann, wenn Mitarbeiter des RKI – darunter auch sein Chef Prof. Dr. Wieler – in zahlreiche Interessenkonflikte verwickelt sind.

Auch die folgenden Beiträge und Videos und Anmerkungen zum „Goldjungen" Prof. Christian Drosten und zum RKI-Chef Prof. Dr. Lothar H. Wieler sind absolut lesens- und sehenswert:

https://www.kla.tv/17877

https://www.rubikon.news/artikel/der-goldjunge

https://www.kla.tv/18351

20.3.2021_Die Akte WielerVerflechtungenUnd_klaTV-18351

Wer diesen Personen noch blind vertraut, den können wir wohl nicht mehr erreichen.

Wenn Sie also pauschal und den Fakten zuwider behaupten würden, es gäbe keine Gründe, die Aussagen des RKI in Frage zu stellen, dann wären Sie bestenfalls extrem schlecht informiert. Es gibt diese Gründe – wie oben gezeigt – sehr wohl, und Sie sollten diese Gründe auch endlich zur Kenntnis nehmen.

Vertrauen Sie in Ihrem Privatleben auch sonst jedem, der nachweislich mehrere zentrale Falschbehauptungen aufgestellt hat? Wohl kaum.

Und nochmals: Die Fallzahlen – und damit auch die Empfehlungen - des RKI – sind absolut unergiebig und wertlos, da sie allesamt auf untauglichen PCR-Tests basieren. Dazu nachfolgend noch wesentlich mehr.

Die Empfehlungen des RKI sind gerade auch angesichts der Tatsache, dass sie die Auswirkungen ihrer Empfehlungen einfach komplett ignorieren, absolut unverantwortlich.

Müssen wir denn zu den katastrophalen menschlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Lockdown-Politik hier noch weiter vortragen?

Die Analyse des BMI-Mitarbeiters Kohn hat diese Folgen schon in Mai 2020 deutlich gemacht, siehe:

http://schlussjetzt.org/BMI-Corona-Papier.pdf

Hier sind zahlreiche Berichte von Lockdown-Opfern abrufbar:

https://kollateral.news

Es gibt unzählige weitere Quellen und mittlerweile auch Studien zu den verhängnisvollen und nicht zu rechtfertigenden Folgen des Lockdowns, allerdings in englischer Sprache, so dass diese hier nicht in Bezug genommen werden sollen.

Es wird auch immer wieder behauptet, dass die überbordenden Warnungen und Aufforderungen von Bund und Ländern im Zuge der Corona-Krise ggf. „umstritten" waren. Mit solchen Formulierungen wird letztlich nur davon abgelenkt, dass die kritischen Experten, die von den Mainstream-Medien einfach ignoriert worden sind, die offiziellen Narrative schon sehr frühzeitig im Hinblick auf alle zentralen Behauptungen des Pandemie-Theaters eindeutig widerlegt haben. Eine vermeintliche „Meinungsvielfalt" soll davon ablenken, dass einige Wissenschaftler wie Prof. Bhakdi, Prof. Hockerzt, Dr. Wodarf u.a. eben wissenschaftlich evidenzbasiert argumentieren, andere nachweislich nicht.

Auch noch so gut gemeinte, aber fehlgeleitete „Vorsorge" rechtfertigt selbstredend nicht die Verletzung zwingender arbeitsschutzrechtlicher Vorschriften. Auch aus guter Motivation heraus kann man grobe Fehler begehen.

Ihre Landesregierung hatte und hat auch die gesetzliche Pflicht und die Ressourcen, um den Sinn und Unsinn aller Anti-Corona-Maßnahmen, insbesondere auch der hier angesprochenen, und die ihnen verbundenen Gesundheitsgefahren in jeder Hinsicht durch externen Rat umfassend aufarbeiten zu lassen.

Diese Pflicht hat Ihre Landesregierung verletzt. Und Sie als Gesundheitsamt dürfen diesem Beispiel nicht folgen. Sie sind an Ihren gesetzlichen Auftrag gebunden.

Offenbar muss man ein ganzes Volk nur mit massenmedialer Dauerbeeinflussung in Schockstarre versetzen und dadurch die Kritikfähigkeit des größten Teils der Bevölkerung weitestgehend suspendieren, und schon kann man jede für den Wohlstand und das Glück eines Volkes noch so verhängnisvolle „Reformpolitik" bzw. Impfkampagne, die in den von Naomi Klein genannten Beispielen stets ausschließlich dem wirtschaftlichen Vorteil

sehr wohlhabender Kreise diente, einfach gegen den Willen eines Volkes durchsetzen.

Wer glaubt, dass man ein solches Katastrophen-Pandemie-Theater doch nicht weltweit inszenieren könne, der offenbart damit nur sein Nichtwissen über gewisse Strukturen und Netzwerke, die nachweislich allergrößten Einfluss auf die sog. Leit- bzw. Mainstream-Medien ausüben können.

Zum Einstieg in eine differenzierte Würdigung von „Mainstream-Medien" sei u.a. folgende Studie von Swiss Policy Research empfohlen, deren Lektüre nur wenige Minuten beansprucht:

https://swprs.org/wp-content/uploads/2018/07/die-propaganda-matrix-spr-hdv.pdf

Wem das dann noch vertiefen möchte, der kann auf ein reichliches Angebot an medienkritischer Literatur zurückgreifen, so z.B. auch auf die **Dissertation von Uwe Krüger**, die dem Einfluss von elitären Netzwerken auf die Leitmedien und Alpha-Journalisten nachgespürt ist, siehe den kostenlos zugänglichen Auszug des Verlags hierzu unter:

https://www.halem-verlag.de/wp-content/uploads/2013/09/9783869624594_le.pdf

Experten mögen der Frage nachgehen, ob die verfassungswidrige Verfassungswirklichkeit, die wir im Zuge dieser vermeintlichen „Corona-Krise" nicht nur in diesem Land beobachten müssen, u.a. nur noch mit den Erkenntnissen des Konformitätsexperiments von Asch, des Milgram-Experiments und des Stockhol-Syndrom erklärt werden kann.

Was auch immer die angemessene Erklärung für den gegenwärtigen Verfall der Rechtskultur und die so resignativ wirkende Passivität der meisten Menschen sein mag: Auf unseriöse und in Wahrheit gar nicht unabhängige Quellen wie die selbsternannten „Faktenchecker", die von Mainstreammedien – auch von den öffentlich-rechtlichen Medien - so gerne in Bezug genommen werden, sollten Sie sich jedenfalls nicht berufen.

Denn niemand würde diese Faktenchecker noch zitieren, wenn er beiden Artikel „**Faktencheck bei den Faktencheckern**" gelesen hätte, die unter folgendem Link abrufbar sind:

https://www.achgut.com/artikel/faktencheck_bei_den_faktencheckern_folge_1

Der Inhalt dieser Artikel spricht für sich und bedarf keines weiteren Kommentars.

B)

Zur Maskenpflicht

I.

Gesetzliche Unfallversicherung und Arbeitsschutzrecht:

Meine Mandantin macht sich ganz erhebliche Sorgen um die Gesundheit Ihrer Kinder. Sie hat sich daher kundig gemacht und dabei sowohl juristischen als auch arbeitsmedizinischen Sachverstand zu Rate gezogen.

1. Sie wurde darüber belehrt, dass Schülerinnen und Schüler gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 8 lit. b) SGB VII kraft Gesetzes unfallversichert sind. Den Schulhoheitsträger trifft damit nach § 21 SGB VII die Verantwortung für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe. Dies gilt nach Absatz 1 dieser Vorschrift ohne weiteres, soweit der Schulhoheitsträger die Schule selbst betreibt und damit im Sinne des SGB VII Unternehmer ist. Nach Absatz 2 ist der Schulhoheitsträger aber ebenso verantwortlich, wenn er die Schule nicht selbst betreibt.

2. Aus der Verantwortung für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren folgen *Pflichten des Schulhoheitsträgers*, welche *inhaltlich den arbeitsschutzrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers gegenüber seinen Beschäftigten entsprechen*. Ein Arbeitgeber, der seinen Beschäftigten aufgibt, am Arbeitsplatz eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, hätte nach dem Gesetz die folgenden Verpflichtungen zu erfüllen:
a) Gemäß §§ 5, 6 ArbSchG und § 3 ArbStättV wäre der Arbeitgeber verpflichtet, eine personen- und arbeitsplatzbezogene Gefährdungsbeurteilung zu erstellen und zu dokumentieren. Diese Beurteilung müsste er selbstverständlich anpassen, wenn er in seinem Betrieb – in welchem Umfang auch immer – die Maskenpflicht einführt.
b) Der Arbeitgeber wäre verpflichtet, sich an die Unfallverhütungsvorschriften zu halten, die auf der Grundlage des § 15 SGB VII erlassen wurden. Einschlägig wäre hier die DGUV Regel 112-190 über Atemschutzgeräte. Zu beachten wäre hierbei insbesondere die Tragezeitbegrenzung (siehe DGUV Regel 112-190, S. 147 ff.).
c) Der Arbeitgeber wäre außerdem verpflichtet, die Mund-Nasen-Bedeckungen zu stellen. Dies ergibt sich aus § 15 Abs. 2 ArbSchG, in welchem Art. 4 Abs. 6 Richtlinie 89/656/EWG umgesetzt wird. Der Arbeitgeber wäre außerdem gehalten, dafür Sorge zu tragen, dass von Masken gleich welcher Art keine größeren Risiken für die Beschäftigten ausgehen (Art. 4 Abs. 1 Unterabsatz 2 lit. a) Richtlinie 89/656/EWG). Diese Risiken bestehen namentlich in CO_2-Rückatmung und in der Herausbildung von Pilzen und Bakterienkolonien im

Maskeninneren. Der Arbeitsplatzgrenzwert von 5.000 ppm kann unter der Maske leicht überschritten werden. Die bereits erwähnten Tragezeitbegrenzungen verstehen sich als Reaktion der Rechtsordnung auf diese Risiken. Nach DGUV-Regel 112-190, S. 147 beruhen die Tragezeitbegrenzungen auf langjährigen Erfahrungen. Mit anderen Worten sind diese Regeln mit Blut geschrieben worden – ihre Nichtbeachtung hat in der Vergangenheit offensichtlich bereits Menschen an Leib und Leben geschädigt.
Man wende gegen diese Beurteilung nicht ein, dass es sich bei Mund-Nasen-Bedeckungen nicht um persönliche Schutzausrüstungen handle. Zwar definiert § 1 Abs. 2 PSA-Benutzungsverordnung die persönliche Schutzausrüstung als eine solche, die ihren Träger zu schützen bestimmt ist.

Es soll hier nicht verkannt werden, dass die Pflicht, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, mit dem Ziel eingeführt wurde, die Menschen in der Umgebung vor der eigenen Atemluft zu schützen, weil diese SARS CoV-2-Erreger enthalten könnte, die – so die offizielle, freilich durch keinerlei wissenschaftliche Evidenz unterlegte Doktrin – auch durch symptomfreien Menschen übertragen werden könnten.

Die Vorschriften über persönliche Schutzausrüstungen sind jedoch auf die hier in Rede stehenden Mund-Nasen-Bedeckungen analog anwendbar. Gerade wenn nämlich der Träger selbst keine Vorteile von der Maske haben soll, muss er erst recht und ganz besonders vor den Risiken geschützt werden. Die PSA-Benutzungsverordnung enthält an dieser Stelle eine planwidrige Regelungslücke. Denn als sie eingeführt wurde, konnte niemand vorhersehen, dass eines Tages eine Regierung auf die Idee kommen könnte, eine allgemeine Maskenpflicht im öffentlichen Raum einzuführen. Gegen diese Beurteilung spricht auch nicht der Umstand, dass es Masken im Gesundheitsbereich schon immer gegeben hat: Diese Masken unterliegen als Medizinprodukte einem eigenständigen Rechtsregime, in dem geregelt ist, was bei Herstellung, Vertrieb und Verwendung der Masken zu beachten ist. Außerhalb des Gesundheitsbereichs muss das rechtliche Vakuum bei Mund-Nasen-Bedeckungen durch die Anwendung der PSA-Benutzungsverordnung und der ihr zugrunde liegenden Richtlinie 89/656/EWG geschlossen werden.

Und selbst wenn man die Pflicht des Arbeitgebers, seine Beschäftigten vor den Risiken des Maskentragens zu schützen, nicht aus der PSA-Benutzungsverordnung und aus dem Arbeitsschutzgesetz ableiten wollte, so wäre doch spätestens an dieser Stelle die **allgemeine Pflicht zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren aus § 21 SGB VII einschlägig**.

Im Klartext: *Wir alle müssen uns ebenso gründlich wie endgültig von der Fehlvorstellung verabschieden, dass es sich bei Mund-Nasen-Bedeckungen nur um einen lästigen Fetzen Stoff im Gesicht handelt*. Richtig ist vielmehr, dass von Masken potentielle Risiken ausgehen und dass daher jeder, der ihre

Anlegung verordnet oder durchsetzt, Vorsorge gegen diese Risiken zu treffen hat.

In der Vergangenheit haben Kultusministerien oder Schulträger versucht, besorgte Eltern und Lehrkräfte mithilfe begrifflicher Verwirrspiele in die Irre zu leiten: Mund-Nasen-Bedeckungen, so wurde behauptet, seien ja nur „Bekleidungsstücke" oder gar „Lernmittel". Dabei handelt es sich um durchsichtige verbale Manöver, von den eigenen unfallversicherungsrechtlichen Pflichten abzulenken. Derartige Wortspiele werde ich nicht akzeptieren. Die Tatsache, dass gerade ein Corona-Virus im Umlauf ist, bedeutet nicht, dass mein/e Kind/er weniger Sauerstoff benötigt/en als sonst. Und das Leben meines/meiner Kindes/Kinder ist keinen Deut weniger wert als das Leben derjenigen, die sich vielleicht irgendwann einmal bei ihm/ihnen anstecken könnten.
d) Bei den angeordneten Mund-Nasen-Bedeckungen handelt es sich zudem um Atemschutzgeräte, und zwar solche der Gruppe 1 (siehe Ausschuss für Arbeitsmedizin, Arbeitsmedizinische Regel Nr. 14.2). Dies löst gemäß § 2 Abs. 2 ArbMedVV die Pflicht aus, die Schülerinnen und Schüler im Wege der Angebotsvorsorge einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen. Schon eine normale chirurgische Maske erzeugt einen Atemwiderstand von über 5 mbar. Bei den Alltagsmasken lässt sich der Atemwiderstand nicht in standardisierter Weise bemessen, weil es für sie weder eine industrielle Normung noch eine Zertifizierung gibt. Bis zum Beweis des Gegenteils ist daher auch bei Alltagsmasken ein Atemwiderstand von mindestens 5 mbar zu unterstellen.
e) Wenn man die offizielle und den gesamten AHA-Regeln zugrunde liegende Annahme, dass jeder jeden zu jeder Zeit mit SARS CoV-2 infizieren könne, ohne selbst Symptome zu haben, folgerichtig zu Ende denkt, stellt die ausgeatmete Luft außerdem einen biologischen Arbeitsstoff dar. SARS CoV-2 wurde vom Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (vgl. § 19 BioStoffV) immerhin in die zweihöchste Risikogruppe 3 eingeordnet. Dann aber hatte sich die Gefährdungsbeurteilung gemäß § 4 BioStoffV auf die spezifisch biologischen Risiken zu erstrecken.

3. Wenn alle diese Grundpflichten schon vom Arbeitgeber gegenüber seinen erwachsenen Beschäftigten zu erfüllen sind, dann muss – und zwar auf der Grundlage des SGB VII – *mindestens* eine ebenso umfangreiche Verpflichtung des Schulhoheitsträgers gegenüber Schülerinnen und Schülern gelten. Denn die Schülerinnen und Schüler sind ganz überwiegend, an der Grundschule sogar ausschließlich minderjährig. Erwiesenermaßen benötigt das Gehirn eines Kindes wesentlich mehr Sauerstoff als das eines Erwachsenen. Wer also die verordnungsrechtlich festgelegte Maskenpflicht an Schulen um- und durchsetzt, muss ganz besonders darauf achten, dass den Kindern nicht gerade wegen des Maskentragens etwas zustößt.

Der Schulhoheitsträger ist daher auf der Grundlage des § 21 SGB VII rechtlich verpflichtet,

- eine personen- und arbeitsplatzbezogene Gefährdungsbeurteilung zu erstellen und zu dokumentieren;
- den Schülerinnen und Schülern eine arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung anzubieten;
- nachzuweisen, dass die Lehrkräfte von einer dazu befähigten Person in ausreichendem Maße instruiert wurden, woran sie bei einem Kind Anzeichen einer CO_2-Vergiftung erkennen, wie sie sich in dieser Situation zu verhalten haben und wie sie weitere mögliche Komplikationen wie Herpes, Pilzbesiedlungen, inhalative Allergenreaktionen rechtzeitig erkennen;
- dafür zu sorgen, dass die Tragezeitbegrenzung eingehalten wird. Dabei ist die Tragezeit, welche die Kinder auf dem Weg zur und von der Schule im Schulbus bereits hinter bzw. noch vor sich haben, auf die Tragezeit innerhalb der Schule anzurechnen.

4. Für die Erfüllung der vorstehenden Pflichten sind Sie als Schulhoheitsträger verantwortlich. Ich fordere Sie daher hiermit auf

- uns die schriftliche Gefährdungsbeurteilung vorzulegen. Der Vorlage dieses Dokuments sehe ich **bis zum Ende April 2021** entgegen.
- den Kindern meiner Mandantin eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung anzubieten. Diesem Angebot sehe ich **bis Ende April 2021** entgegen.

Insbesondere hoffe ich der Gefährdungsbeurteilung entnehmen zu können,

- ob und auf welche Art Weise die Einhaltung der Tragezeitbegrenzung sichergestellt ist;
- ob und auf welche Weise den Lehrkräften Kenntnisse darüber vermittelt wurden, woran sie bei den Kindern eine CO_2-Vergiftung oder andere negative gesundheitliche Auswirkungen des Maskentragens erkennen;
- über welchen Befähigungsnachweis die Person verfügt, die für die Gefährdungsbeurteilung verantwortlich ist;
- welche Berufsgenossenschaft für den Arbeitsschutz in ihrer Schule verantwortlich ist;
- ob und auf welche Weise die schnelle Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe sichergestellt ist, wenn meinem Kind etwas zustößt.

5. Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass Sie sich einer zivil- und strafrechtlichen Verantwortlichkeit wegen Körperverletzung aussetzen, wenn Sie die Maskenpflicht an den Schulen in Ihrer Trägerschaft durchsetzen, ohne gegen die hier beschriebenen Risiken angemessene Vorsorge getroffen zu haben.

Der rechtlich relevante Verletzungserfolg besteht bereits darin, Schulkinder einem Atemwiderstand auszusetzen, ohne vorher sichergestellt zu haben, dass hieraus für die Kinder keine gesundheitlichen Risiken resultieren.

Im Falle fahrlässiger Körperverletzung mag ihnen die zivilrechtliche Haftung nach § 104 SGB VII erspart bleiben; der strafrechtlichen Verantwortlichkeit wegen Körperverletzung können Sie freilich bereits im Falle bloßer Fahrlässigkeit (§ 229 StGB) nicht entrinnen. Wenn Sie aber vorsätzlich handeln, treffen sowohl die zivilrechtliche (§ 823 Abs. 1 BGB) als auch die strafrechtliche (§§ 223, 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB) Verantwortlichkeit *Sie persönlich* und nicht etwa nur die Trägerbehörde. Sollten Sie meine vorstehenden Hinweise in gleichgültiger Gesinnung ignorieren, laufen Sie Gefahr, dass ein Gericht Ihnen dies eines Tages als bedingten Vorsatz auslegt.
6. Solange Sie die Erfüllung der vorstehend aufgelisteten Verpflichtungen nicht zweifelsfrei nachweisen, behalte ich mir vor, mein Kind vom Schulbesuch fernzuhalten. Einem Bußgeld werde ich in diesem Fall mühelos unter Berufung auf das Notwehrrecht (§ 15 OWiG) entrinnen können. Denn es stellt einen gegenwärtigen und rechtswidrigen Angriff auf die körperliche Unversehrtheit meines Kindes dar, wenn Sie es der Maskenpflicht unterwerfen, ohne die gesetzlich gebotene Vorsorge gegen gesundheitliche Gefahren getroffen zu haben.

7. Abschließend ein Wort zur Klarstellung: Sie können den unfallversicherungsrechtlichen Pflichten nicht unter Hinweis auf die Corona-Schutzverordnung entgehen. Im Gegenteil: *Sämtliche vorstehenden Ausführungen verstehen sich auf der Prämisse, dass die Maskenpflicht an den Schulen rechtswirksam eingeführt wurde*. Aber das bedeutet eben gerade *nicht*, dass die arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Pflichtenstandards nicht mehr gelten. Richtig ist allein das Gegenteil: Gerade *weil* die Corona-Schutzverordnung die Maskenpflicht vorschreibt, werden die unfallversicherungsrechtlichen Vorsorgepflichten ausgelöst. Beim SGB VII handelt es sich übrigens um ein Parlamentsgesetz des Bundes. Schon aus Gründen der Normenhierarchie und des Art. 31 GG kann sich eine landesrechtliche Corona-Schutzverordnung nicht über das SGB VII hinwegsetzen.

Weitergehende Informationen und Hinweise zur Pflicht, im Unterricht eine MNB und möglichst eine medizinische Maske zu tragen, können Sie dem 15-seitigen „Rundschreiben" des Kollegen Fischer aus Hanau entnehmen, das in dem Beitrag zu dem nachfolgenden Link enthalten ist:

https://reitschuster.de/post/maskenpflicht-fuer-alle-schueler-ein-rechtsanwalt-macht-mobil/

Auf den Inhalt dieses Rundschreibens wird zur Vermeidung von Wiederholungen hiermit vollumfänglich verwiesen.

Die dortigen Hinweise zur völkerstrafrechtlichen Dimension dieser Pflicht sollten besonders beachtet werden.

II.

Nun zu der Frage, wie sich das Tragen einer Maske auf die Gesundheit ihrer Träger auswirkt, vor allem dann, wenn dies unter Zwang geschieht.

Was die Evidenzlage zu Mund-Nasen-Bedeckungen betrifft, so hat u.a. hierzu insbesondere auch die Initiative „Ärzte klären auf" eine umfangreiche Liste mit Studien veröffentlicht, deren Auswertung zu dem eindeutigen Schluss kommt:

„Die Datenlage spricht insbesondere unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben gem. der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und des Unfall- und Gesundheitsschutzes gem. SGB VII, **nicht** für ein Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen. **Dieses gilt in besonderem Maße in Bezug auf Kinder!**"

Quelle: https://www.aerzteklaerenauf.de/masken/index.php

In diesem Kontext möchte ich insbesondere auf die bislang wohl umfangreichste Studie zu den psychischen Beschwerden infolge der aktuellen Mund-Nasenschutz-/Maskentragungspflicht-Verordnungen in Deutschland der Dipl.-Psychol. Daniela Prosa verweisen, abrufbar im Volltext u.a. unter:

https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2751

https://www.rechtsanwalt-wilfried-schmitz.de/wp-content/uploads/2020/07/Studie-zu-Psych.-Beschwerden-durch-Maskentragungspflicht.pdf

Diese (Zitat) „deutschlandweit erste umfangreiche und abgeschlossene „Research-Gap"-Studie mit merkmalsspezifisch ausreichender Repräsentativität und einer Stichprobengröße von 1.010 fokussiert Belastungen, Beschwerden und bereits eingetretene Folgeschäden im Rahmen der aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen".

Dort heißt es im einleitenden „Abstract" u.a. (Zitat):

„Die Tatsache, dass ca. 60% der sich deutlich mit den Verordnungen belastet erlebenden Menschen *schon jetzt* schwere (psychosoziale) Folgen erlebt, wie eine stark reduzierte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund von aversionsbedingtem MNS-Vermeidungsbestreben, sozialen Rückzug, herabgesetzte gesundheitliche Selbstfürsorge (bis hin zur Vermeidung von Arztterminen) oder die Verstärkung vorbestandener gesundheitlicher Probleme (posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne), sprengte alle Erwartungen der Untersucherin.

Die Ergebnisse drängen auf eine sehr zeitnahe Prüfung der Nutzen-Schaden-Relation der MNS- Verordnungen." (Zitat Ende)

Da die nähere Wiedergabe der Inhalte dieser 128-seitigen Studie den Umfang dieses Schriftsatzes sprengen würde, möchte ich zur Vermeidung von Wiederholungen und zur Wahrung der Übersichtlichkeit im Übrigen vollumfänglich auf den Inhalt dieser Studie verweisen und sie damit zum Gegenstand meines Vortrags erheben.

Auch ohne diese Maskenpflicht wurden die Kinder infolge der Coronavirus-Lockdown-Maßnahmen schon massiv in ihren Lebenswelten eingeschränkt, was u.a. in der „Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. zu weiteren Einschränkungen der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2)" vertieft behandelt wird, abrufbar unter:

https://www.dakj.de/stellungnahmen/stellungnahme-der-deutschen-akademie-fuer-kinder-und-jugendmedizin-e-v-zu-weiteren-einschraenkungen-der-lebensbedingungen-von-kindern-und-jugendlichen-in-der-pandemie-mit-dem-neuen-coronavirus-sar/

Und jetzt sollen die Kinder – sogar Grundschulkinder - über diese ohnehin schon massiven Einschränkungen hinaus grundsätzlich auch noch während des gesamten Unterrichts eine Maske tragen??

Für eine solche Maßnahme gibt es überhaupt keinen Anlass und keine Rechtfertigung, zumal das Tragen einer Maske nach der Meinung zahlreicher Experten in diesem Kontext (Infektionsschutz) regelmäßig ohnehin mit keinerlei Nutzen, dafür aber nachweislich mit vielen weiteren Nachteilen verbunden ist.

Um diese Behauptung zu belegen und glaubhaft zu machen, möchte ich mich – ergänzend zu der Auswahl der Ärzte für Aufklärung - hier nur auf die nachfolgenden Quellen beschränken:

1.

Die Experten Prof. Dr. Sucharit Bhakdi und Prof. Dr. Karina Reiss können sich deshalb in ihrem Buch „Corona-Fehlalarm" in ihrem Kapitel zur „Maskenpflicht" ab Seite 64 auch nicht die einleitende Bemerkung verkneifen (Zitat): „Wie dumm kann man eigentlich sein – möchte man fragen.

Punkt 1) Es gibt keinen wissenschaftlichen Beleg dafür, dass symptomfreie Menschen ohne Husten und Fieber die Erkrankung verbreiten

Punkt 2) Einfach Masken halten die Viren nicht zurück, gerade wenn man hustet

Punkt 3) Sie schützen bekanntermaßen auch nicht vor Ansteckung.

Größe Corona-Virus: 160 Nanometer (0,16 Mikrometer), Größe „Poren" in einfachen Baumwollmasken 0,3 Mikrometer. Sie fliegen durch herkömmliche Masken oder Mund-Nase-Bedeckung aus Stoff durch wie durch ein offenes Fenster. …" (Zitat Ende)

2

Sehr aufschlussreich ist auch der Beitrag „Pandemie Spezial – Hauptsache Maske!?" von Prof. Dr. Markus Veit, für jeden kostenlos abrufbar unter:

https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2020/daz-33-2020/hauptsache-maske

Prof. Dr. Veit wendet sich mit diesem Beitrag erklärtermaßen dagegen, dass „wir von den Medien, selbst ernannten „Faktencheckern" und Politikern mit Halbwahrheiten zu Masken belehrt" werden, er ist regelrecht „entsetzt über Stellungnahmen aus der Politik und von den Medien und schließlich auch in jüngster Zeit über Urteilsbegründungen zur Maskenpflicht" sowie „den undifferenzierten Umgang mit der Thematik seitens der agierenden Kolleginnen und Kollegen."

Und es ist wirklich unfassbar, dass auch so viele Schulleiter sich – in Unkenntnis solcher Zusammenhänge – dem Wahn hingegeben haben und immer noch hingeben, dass sie „kraft Hausrecht" berechtigt wären, von Kindern das Tragen einer Maske im Unterricht zu verlangen, wobei offensichtlich ist, dass entsprechende „Empfehlungen" von Schulleitern im Schulalltag von den Schülern faktisch als verpflichtend wahrgenommen werden und Kinder, die hier nicht mitmachen wollen, von Lehrern und Mitschülern offen oder subtil angefeindet werden.

3.

In der Doktorarbeit von Ulrike Butz mit dem Titel „Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal" aus dem Jahre 2004, im Volltext abrufbar unter:

https://mediatum.ub.tum.de/doc/602557/602557.pdf

lautet das zusammenfassende Ergebnis, dass „unter chirurgischen Gesichtsmasken" (auch) bei normal atmenden Personen durch die beeinträchtigte Permeabilität (Anmerkung des Unterzeichners: Durchlässigkeit) der Masken eine „Akkumulation von Kohlendioxid" verursacht wird (ebenda, S. 43). Weiter heißt es dort (Zitat): Die Akkumulation von Kohlendioxid (22,49 mmHg, STEV 2,30) unter jeder untersuchten chirurgischen Operationsmaske erhöhte den transkutan gemessenen Kohlendioxid-Partialdruck (5,60 mmHG, STEV 2,38). Eine kompensatorische Erhöhung der Atemfrequenz oder ein Abfall der Sauerstoffsättigung wurde dabei nicht nachgewiesen. Da **Hyperkapnie** (Anm. des Unterzeichners: erhöhter Kohlendioxidgehalt im Blut) verschiedene Hirnfunktionen einschränken kann…".

Sogar das – m.E. wenig seriöse und zuverlässige, hier aber mal heranziehbare – Wikipedia beschreibt die **Symptome** von Hyperkapnie wie folgt (Zitat):

„Anfangs kommt es zu einer Hautrötung, Muskelzuckungen, Extrasystolen. Im fortgeschrittenen Stadium treten Panik, Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen und schließlich Koma (CO2-Narkose) auf."

Dass die Bevölkerung nicht einmal über diese generellen Gefahren einer Maskentragung aufgeklärt worden ist, kann man aus meiner Sicht nur noch als unverantwortliche Gefährdung der Gesundheit unzähliger Menschen bezeichnen.

4.

Der Biologe Clemens G. Arvay hat am 3.4.2020 ein YouTube-Video mit dem Titel „Was für ein FIASKO, Herr Kurz!" veröffentlicht, in dem er den Maskenzwang gerade auch wegen seiner eigenen Beobachtungen im Alltag als „fatal" bzw. „einziges Fiasko" kritisiert, weil in den Falten der Masken ein „**virenfreundliches Klima**" entstehe, **mit dem diese Viren möglichst lange am Leben bzw. aktiv erhalten werden**.

https://www.youtube.com/watch?v=folhXr4gPIg&feature=youtu.be

Er bezeichnet diese Maskenpflicht deshalb als völlig „kontraproduktiv" bzw. „vollkommener Schwachsinn". Es gäbe „rote Linien, über die Menschen mit Verstand" nicht gehen wollen". Aus seiner Sicht wäre es viel besser die Masken einfach wegzulassen.

5.

Und auch der **Weltärztepräsident Frank Ulrich Montgomery** kritisiert die Maskenpflicht scharf, wie sogar tagesschau.de berichtet. Er und der Kinderarzt Thomas Fischbach werden in dem Artikel „Trügerische Sicherheit durch Masken?" unter dem Link:

https://www.tagesschau.de/inland/corona-mundschutz-101.html

wie folgt zitiert (Zitat):

„**Weltärztepräsident Frank Ulrich Montgomery** hat die in ganz Deutschland im Kampf gegen das Coronavirus geltende Maskenpflicht scharf kritisiert. Wer eine Maske trage, werde durch ein **trügerisches Sicherheitsgefühl** dazu verleitet, den "allein entscheidenden Mindestabstand" zu vergessen, sagte Montgomery der "Rheinischen Post". **Auch könnten die Masken bei unsachgemäßem Gebrauch gefährlich werden**, warnte der Vorsitzende des Weltärztebundes.

> **Im Stoff konzentriere sich das Virus, beim Abnehmen werde die Gesichtshaut berührt, schneller sei eine Infektion kaum möglich**. Er trage zwar selber "aus Höflichkeit und Solidarität" eine Maske, halte aber eine gesetzliche Pflicht für "falsch".
>
> **Montgomery kritisierte auch, dass Landesregierungen das Tragen einfacher Masken wie auch die Verwendung von Schals oder Tüchern für den Atemschutz als ausreichend bezeichnen. Eine Pflicht zum Tragen von Schals oder Tüchern vor dem Gesicht sei "lächerlich**". Er hob zugleich hervor, dass "echt wirksame Masken" derzeit noch für das medizinische Personal, Pflegekräfte und unmittelbar Gefährdete gebraucht würden.

Der **Kinder- und Jugendarztpräsident Thomas Fischbach** warnte zugleich vor einer Maskenpflicht für Kindergartenkinder zur Eindämmung der Corona-Pandemie. "Es mag auch jüngere Kinder geben, die einen Mund-Nasen-Schutz akzeptieren, doch die allermeisten werden das eher als Spielzeug betrachten, daran herumhantieren und damit die Infektionsgefahr eher noch verstärken", sagte Fischbach den Zeitungen der Funke Mediengruppe. Es sei deswegen unklug, sollten einige Bundesländer das Maskentragen in öffentlichen Bereichen sogar für Kleinkinder vorschreiben...“(Zitat Ende).

6.

Wir könnten noch viele weitere Quellen vorlegen, von denen Sie absehbar nicht eine einzige widerlegen werden. Hier nur eine kleine Auswahl weiterer Quellen:

Dr. med. Theo Kaufmann, Facharzt für Innere Medizin und Lungenkrankheiten, be-zeichnet in einem Schreiben an Ministerpräsidentin Schwesig die Masken nicht nur als „völlig unwirksam“, sondern auch als Gefahr für das bronchopulmonale System:

Zu der Unwirksamkeit dieser Atemmasken kommt noch hinzu, dass sie Feinstaub in ihrem Gewebe ansammeln, der bei wiederholtem Gebrauch zu Atemwegserkrankungen führen kann."

Quelle:

https://pflege-prisma.de/wp-content/uploads/2020/04/05.Dr_.-T.-Kaufmann_Mundschutz.pdf

Die Wissenschaft ist sich einig, dass die so genannten Alltagsmaske, die Infektionsketten nicht unterbinden und nicht vor einer Infektion schützen.

Studien haben ergeben, dass die Masken gesundheitsgefährdend sind.

Das **Schweizer Konsumentenmagazin** (K-Tipp) hat nun untersucht, wie hygienisch gebrauchte Masken sind.

20 gebrauchte Masten von Pendlern wurden bei dieser Studie untersucht. Das Ergebnis ist alarmierend, denn die Masken sind voll von Bakterien und Schimmelpilzen. Erklären lässt sich das wie folgt, Atemluft strömt durch die Fasern des Gewebes, Bakterien und Pilze jedoch bleiben darin hängen. Durch die feuchtwarme Atemluft vermehren sie sich dort rasant.

11 der 20 getesteten Masken enthielten den Angaben nach über 100.000 Bakteri-enkolonien. Drei hatten sogar mehr als 1 Million.

Auf 14 der 20 Masken fand man Staphylokokken, diese können Lungen- und Hirn-entzündungen auslösen.

15 von 20 Masten enthielten zudem Schimmel- und Hefepilze, welche zu Atemwegs- und Augenreizungen führen können.

Quelle:

https://www.blick.ch/news/wirtschaft/gebrauchte-exemplare-getestet-so-gruusig-ist-ihre-corona-maske-wirklich-id16096358.html

Ein Nutzen von „Alltagsmasken" für die Allgemeinbevölkerung ist somit wissenschaftlich nicht nachgewiesen. Warum nehmen staatliche Stellen das nicht zur Kenntnis?

Es soll eine textile Mundnasebedeckung (einschließlich Schals, Tüchern usw.) oder einer gleich wirksamen Abdeckung von Mund und Nase aus anderen Stoffen getragen werden. Es fehlt an einer Normung des dafür verwendeten Materials. Der Verordnungsgeber spricht von einer „gleich wirksamen Abdeckung", obwohl wissenschaftlich unstreitig ist, dass eine textile Mundnasenbedeckung <u>nicht</u> vor einer Infektion mit dem Virus schützt.

Das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** gibt als zuständige Bundesoberbehörde bekanntlich ebenfalls an, dass für nicht-medizinische Masken eine Schutzwirkung weder für den Träger selbst noch für andere nachgewiesen ist.

Medizinische(!) Masken haben lediglich bei engem, andauerndem Kontakt in geschlossenen Räumen einen nachgewiesenen Nutzen.

Die Studienlage deutet darauf hin, dass der falsche Gebrauch von Masken, der bei einem Großteil der Bevölkerung beobachtet werden kann, das Infektionsrisiko sogar erhöht. Denn kaum ein Mensch hält sich an die Vorgaben, wonach die Außenseite der Maske nie berührt werden darf, sie nach vier Stunden ausgewechselt werden muss, vor und nach jeder Nutzung die Hände gewaschen und Masken nicht mehrfach verwendet bzw. nach jeder Verwendung heiß gewaschen werden müssen.

Auch eine **Studie des Uniklinikums Leipzig** untermauert hat: Gesunde Probanden wurden jeweils ohne Maske, mit chirurgischen Masken und FFP2-Masken körperlich belastet, siehe:

https://www.uniklinikum-leipzig.de/presse/Seiten/Pressemitteilung_7089.aspx

Die Untersuchungen mit einigen Tagen Abstand zeigten, dass die so genannte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit durch beide Masken-Typen signifikant reduziert wird.

Die Masken beeinträchtigen die Atmung, vor allem das Volumen und die höchstmögliche Geschwindigkeit der Luft beim Ausatmen. Die maximal mögliche Kraft auf dem Fahrrad-Ergometer war deutlich reduziert.

Im Stoffwechsel wurde eine schnellere Ansäuerung des Blutes bei Anstrengung registriert (Laktat).

Mit Fragebögen beurteilten die Teilnehmer zudem systematisch ihr subjektives Empfinden. Auch hier zeigte sich eine erhebliche Beeinträchtigung verschiedener Parameter des Wohlbefindens. Quelle: www.uniklinikum-leipzig.de

Auch einem Arbeitgeber bzw. Schulträger muss doch bitte klar sein, dass derartige Vorgaben im Alltag nicht einmal im Ansatz einzuhalten sind und der Schaden der Masken den Nutzen daher überwiegt, ganz zu schweigen von den verheerenden Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben.

Ich schließe mich insofern – aber auch nur insofern - Prof. Christian Drosten an, der noch im Januar 2020 die Wirkungslosigkeit von Masken betonte. Auch

unsere Bundeskanzlerin hat gesagt, dass sogenannte Alltagsmasken zu gefährlichen „Virenschleudern" werden könnten und eine Maskenpflicht daher abzulehnen sei.

Der **Vizepräsident des Robert-Koch-Instituts, Prof. Dr. Lars Schaade**, sagte noch am 28.02.2020 zur Verwendung von Masken in der Corona-Pandemie:

> *„Die Masken...das ist mehrfach untersucht worden. Es gibt einfach keine wissenschaftliche Evidenz, dass das irgendeinen Sinn hätte."*

Für diese Aussage sprechen auch die offiziellen Zahlen des RKI selbst, denn die Einführung der Maskenpflicht Ende April hatte **überhaupt keinen positiven Effekt** auf den R-Wert und die ohnehin bereits sinkenden Infektionszahlen. Der R-Wert liegt dauerhaft unter 1. Dennoch debattieren unsere politischen Marionetten über Verschärfung der Maßnahmen.

Besonders hervorzuheben ist: Eine **chemisch-materialtechnische Analyse des Hamburger Umweltinstituts und der Leuphana-Universität in Lüneburg** hat in zertifizierten FFP2-Masken hochtoxische bis hin zu kanzerogene Inhaltsstoffe nachgewiesen, darunter große Mengen Anilin (eingestuft als krebserregend) oder Formaldehyd (ebenfalls potenziell krebserregend), Klebstoffe, Bindemittel, Antioxidantien, UV-Stabilisatoren, flüchtige organische Kohlenwasserstoffe, sowie lungengängige Mikrofasern im von der WHO als potenziell krebserregend eingestuften Länge-Durchmesser-Verhältnis von >3:1.
Was wenig bekannt ist: FFP2-Masken werden nur hinsichtlich ihrer Partikelfilterwirkung zertifiziert, eine Untersuchung auf gesundheitsschädliche Inhaltsstoffe findet nicht statt.

Quelle: https://www.heise.de/tp/features/Maskenpflicht-Gift-im-Gesicht-5055786.html

III.

Ganz unabhängig davon, wie eine solche Maskenpflicht während der gesamten Unterrichtsdauer strafrechtlich und haftungsrechtlich zu würdigen ist, muss – um die wahre Dimension dieser Maßnahme deutlich machen zu können – einleitend einmal besonders hervorgehoben werden, was gem. der UN-Antifolterkonvention, siehe u.a.:

https://www.antifolterkonvention.de/definition-der-folter-3153/

unter „Folter" zu verstehen ist (Zitat):

„Die UN-Antifolterkonvention enthält in ihrem Artikel 1 eine Definition der Folter:

Nach **Artikel 1** der Konvention versteht man unter Folter jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden. Diese Definition wird durch erklärende Beispiele noch weiter spezifiziert. So muss diese Schmerzen bzw. Leiden zuführende Handlung erfolgen:

- z. Bsp. um von der Person oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen,
- um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen,
- um sie oder einen Dritten **einzuschüchtern oder zu nötigen**
- oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierungen beruhenden Grund.

Dabei ist allerdings Voraussetzung nach **Artikel 1**, dass

- diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes
- oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person,
- auf deren Veranlassung
- oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis

verursacht werden.“

Zum Vergleich schaue man sich einmal die Bilder der Gefangenen in Guantamo an, auf denen sie mit einer Maske zu sehen sind.

Sind solche völkerrechtswidrigen Verhältnisse jetzt das Ideal, an dem wir die Erziehung unserer Kinder ausrichten sollen? Ist das die Welt, die wir unseren Kindern wünschen?

Der Deutsche Bundestag hat der Kinderrechtskonvention mit Gesetz vom 17. Februar 1992 (BGBl. II S. 121) zugestimmt. Nach Ratifikation am 6. März 1992 ist die Konvention am **5. April 1992** für die Bundesrepublik Deutschland in Kraft getreten (BGBl. II S. 990). Die dabei zunächst erklärten Vorbehalte sind 2010 zurückgenommen worden (BGBl. 2011 II S. 600). **Damit gilt die KRK als völkerrechtlicher Vertrag in Deutschland vollumfänglich im Range eines Bundesgesetzes (Art. 59 Abs. 2 GG).**

Dort heißt es in Art. 19 Abs. 1 (Zitat):

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, **um das Kind vor jeder Form**

körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, **vor schlechter Behandlung** oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters **oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut**.

https://www.dakj.de/stellungnahmen/stellungnahme-der-deutschen-akademie-fuer-kinder-und-jugendmedizin-e-v-zu-weiteren-einschraenkungen-der-lebensbedingungen-von-kindern-und-jugendlichen-in-der-pandemie-mit-dem-neuen-coronavirus-sar/

Zudem sei den hier Beschuldigten in Erinnerung gerufen, dass am 2.11.2000 das »Gesetz zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und zur Änderung des Kindesunterhaltsrechts« (BGBl. I, S. 1479) verabschiedet wurde. Sein die Ächtung der Gewalt in der Erziehung betreffender Teil trat am 8. November 2000 in Kraft und hat § 1631 Abs. 2 BGB wie folgt gefasst:

„Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, **seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig**."

„Seelische oder psychische Gewalt sind "Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern." (Eggers, 1994) (2). „

Quelle: Leitfaden „Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Saarland Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte", herausgegeben vom saarländischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Stand 3. Auflage 2014, im Volltext abrufbar unter:

http://www.zaek-saar.de/aerztekammer_zahnaerzte/uploads/2016/06/broschuere_praevention.pdf

Seelische Verletzungen „sind auch dann unzulässig, wenn sie nicht zu Erziehungszwecken eingesetzt werden….Die objektive Eignung reicht es; es kommt nicht darauf an, dass das Kind durch die Maßnahme auch tatsächlich seelisch verletzt wurde (BT-Drs 14/1247 S. 8)….Entwürdigende Maßnahmen liegen i.d.R. bereits in den beiden anderen Formen verbotener Erziehungsmittel und sind hier deshalb lediglich als Auffangregelung zusätzlich hervorgehoben… Die Entwürdigung kann in der Art der Maßnahme begründet sein…. oder in dem Ausmaß und in ihrer Dauer bzw. in den Begleitumständen liegen (wie Einsperren im Dunkeln, längeres Verweigern von Blick- und

Gesprächskontakt.“(Palandt-Diederichsen, BGB-Kommentar, 70. Auflage, § 1631, Rn 7 m.w.N.).

IV.

Aus den o.g. Gründen gibt es folglich nicht einen einzigen nachvollziehbaren bzw. rechtfertigenden Grund, alle Schulkinder in Niedersachsen (von vorgesehenen Ausnahmegruppen abgesehen) mit einer Maskenpflicht auf eine Art und Weise zu quälen, das damit nur eines erreicht werden kann: Eine schwere Traumatisierung unzähliger Kinder, die mit unabsehbaren gesundheitlichen Folgen verbunden sein werden.

Zudem sollten Sie unbedingt den Aufsatz von **Prof. Mausfeld** zu dem Thema „**Weiße Folter**“ zur Kenntnis nehmen, damit Sie sich einmal selbst die Frage stellen, was möglicherweise der tiefere Sinn von all diesen absurden, in sich widersprüchlichen und gerade Kindern nicht vermittelbaren Anti-Lockdown-Maßnahmen wie Maskenpflicht und Massentests sein könnte. Meine Mandantin – und nicht nur sie – ist jedenfalls der Überzeugung, dass dieser Wahnsinn Methode hat.

https://www.uni-kiel.de/psychologie/mausfeld/pubs/Mausfeld_Psychologie%20%27weisse%20Folter%27%20und%20die%20Verantwortlichkeit%20von%20Wissenschaftlern_2009.pdf

(Nicht nur) Meine Mandantin fragt sich: Geht es in Wahrheit nur darum, die Kinder zu brechen, damit sie i.S. einer NWO als total angepasst geformt werden können?

Gerade unter diesem Blickwinkel sollten Sie sich endlich mal die Grundsatzfrage stellen, wie Sie das, was Sie den Kindern als so selbstverständlich zumuten, eigentlich noch vor Ihrem Gewissen verantworten können.

Aus den bereits ausgeführten Gründen und benannten Quellen ist es überdies nachweislich unzutreffend, wenn Sie davon ausgehen, dass nach aktuelle Erkenntnisstand „bei richtiger Anwendung der Masken“ und „bei gesunden (!) Erwachsenen keine gesundheitlichen Risiken“ mit dem Tragen einer MNB verbunden sein sollen.

Gerade bei Kindern ist eine solche Annahme absolut lebensfremd.

Wenn schon die Verordnungen der Länder, die eine solche Maskenpflicht anordnen, aus den Gründen, die sich insbesondere der in Bezug genommenen 190-seitigen Verfassungsbeschwerde entnehmen lassen, evident verfassungswidrig sind, dann sind erst Recht interne Erlasse und Anordnungen

von Bezirksregierungen, die eine solche absurde Maskenpflicht im Arbeits- und Schulleben durchsetzen wollen, nichtig und belanglos.

C)

Zur Untauglichkeit der PCR-Tests:

Nach der Entscheidung des **Berufungsgerichts von Lissabon** vom 11.11.2020, siehe

https://www.salto.bz/de/article/19112020/pcr-test-nicht-zuverlaessig

hat jetzt auch das **Verwaltungsgericht Wien** in seinem Urteil zu AZ. ***VGW-103/048/3227/2021-2*** festgestellt, dass ein PCR-Test nicht dazu geeignet ist, die Infektiosität zu bestimmen, siehe:

https://www.info-direkt.eu/2021/03/31/oesterreichisches-gericht-kippt-urteil-pcr-test-nicht-zur-diagnostik-geeignet/

Weiter hat der Kollege, Herr **Rechtsanwalt Dr. Reiner Fuellmich** in seiner Klageschrift vom 23.11.2020, die u.a. unter dem Link

https://corona-transition.org/volksverpetzer-de-wurde-von-wolfgang-wodarg-uber-250-000-euro-verklagt

im Volltext abrufbar ist, ab Seite 23 alle aktuell verfügbaren, wissenschaftlich verifizierten Quellen zusammengefasst, die eindeutig belegen, dass der PCR-Test, der auf der Basis des „Drosten-Corman-Papers" basiert, gleich aus mehreren Gründen vollkommen ungeeignet ist, ein SARS-CoV2-Virus bzw. eine Infektion nachzuweisen.

Auf Seite 50 seiner Klageschrift kommt RA Dr. Fuellmich zusammenfassend zu dem Ergebnis (Zitat):

„**Das Drosten-Corman-Paper enthält die folgenden spezifischen Fehler**:

- Es gibt keinen spezifizierten Grund, diese extrem hohen Konzentrationen von Primern in diesem Protokoll zu verwenden. Die beschriebene Konzentration führt zu erhöhter unspezifischer Bindung und PCR-Produktamplifikation, wodurch der Test als spezifisches Diagnostikum ungeeignet ist;

- Sechs nicht spezifizierte wackelige Positionen führen zu einer enormen Variabilität des Testdesigns pro Labor; die verwirrende unspezifische Beschreibung im Drosten-Corman-Paper eignet sich nicht als operatives Standardprotokoll;

- Der Test kann nicht zwischen dem gesamten Virus und viralen Fragmenten unterscheiden. Daher kann der Test nicht als Diagnostikum für intakte (infektiöse) Viren verwendet werden;

- eine Differenz von 10° C w.r.t. der Glühtemperatur Tm für Primerpaar1 (RdRp_SARSr_F und RdRp_SARSr_R) ist ein sehr schwerer Fehler und macht das Protokoll als spezifisches Diagnosewerkzeug unbrauchbar;

- Ein großer Fehler ist die Auslassung der Ct-Wertes, die zu bestimmen haben, wenn eine Probe als positiv und negativ betrachtet wird. Dieser Ct-Wert findet sich auch nicht in zusätzlichen Einreichungen und offiziellen Veröffentlichungen/Nachträgen;

- die PCR-Produkte sind nicht auf molekularer Ebene validiert worden, was das Protokoll als spezifisches, die Diagnostik unter Werkzeug nutzlos macht;

- Der PCR-Test enthält weder eine einzige Positivkontrolle zum Nachweis der Spezifität für SARS-CoV-2 noch eine Negativkontrolle zum Ausschluss anderer Coronaviren, was den Test für eine spezifische Diagnose ungeeignet macht;

- Höchstwahrscheinlich wurde das Drosten-Corman-Paper nicht von Fachkollegen begutachtet;

- Für mindestens vier Autoren bestehen schwerwiegende Interessenskonflikte, zusätzlich zu der Tatsache, dass zwei der Autoren des Drosten-Corman-Papers (Christian Drosten und Chantal Reusken) auch im Editorial Board von Eurosurveillance sitzen; am 29. Juli 2020 kam ein Interessenskonflikt hinzu (Olfert Landt ist CEO von TIB-Molbiol; Marco Kaiser ist Senior Researcher bei GenExpress und fungiert als wissenschaftlicher Berater für TIB-Molbiol), der in der ursprünglichen Version nicht deklariert wurde (und in der PubMed-Version immer noch fehlt). TIB-Molbiol ist die Firma, die "als erste" PCR-Kits (Light Mix) auf der Grundlage des im Drosten-Corman-Manuskript publizierten Protokolls herstellte und diese PCR-Testkits aufgrund ihrer eigenen Worte vor der Einreichung der Publikation weltweit verteilte. Weiterhin versäumten Victor Corman & Christian Drosten, ihre zweite Zugehörigkeit zu erwähnen: das kommerzielle Testlabor "Labor Berlin", wo sie für die Virusdiagnostik zuständig sind.“ (Zitat Ende)

II.

In der o.g. 190-seitigen VB sind ab Seite 84 die von namhaften Wissenschaftlern festgestellten **zehn** (!) groben Mängel / Fehler dieses PCR-Tests zusammengefasst worden. Darauf möchte ich in diesem Kontext insbesondere verweisen, da niemand bestreiten wird, dass es ohne wissenschaftlich fundierte Basis – hier die Fallzahlen, die von allem Anfang an die Grundlage zur Beurteilung des Pandemiegeschehens bilden – letztlich auch keine Basis für epidemiologische Einschätzungen geben kann.

III.

Aus den oben dargelegten Gründen ergibt sich somit zwingend, dass es für die Durchführung solcher PCR-Tests keinerlei Rechtfertigung und Rechtsgrundlage gibt bzw. geben kann.

Unter diesen Voraussetzungen kann selbst ein Gesundheitsamt keine PCR-Tests rechtswirksam anordnen, eine Schule schon einmal gar nicht. Eine Schule ist kein Gesundheitsamt.

Nach der Legaldefinition des § 2 Nr. 2 IfSG ist eine Infektion (Zitat):

„die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus,…"

Entscheidend ist hier der Begriff des Krankheitserregers, zu dem § 2 Nr. 1 IfSG folgende Legaldefiniton enthält (Zitat):

„ein vermehrungsfähiges Agens (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann,…"

Folglich liegt eine „Infektion" nach dem eindeutigen Wortlaut des IfSG nur dann vor, wenn ein „vermehrungsfähiges Virus" vorliegt.

Die PCR-Tests können aber – wie oben gezeigt – nachweislich kein bestimmtes Virus und damit auch SARS-CoV2-Virus und auch keine Infektion nachweisen.

Folglich gibt es keine tatsachen- und evidenzbasierte Basis für die Behauptung, dass (auch) die Menschen in Deutschland durch Anti-Corona-Verordnungen und PCR-Tests gegen eine gefährliche Pandemie geschützt werden müssen bzw. können.

Schließlich sind solche PCR-Tests mit einem invasiven Eingriff verbunden. Solche Eingriffe sind nach **§ 25 Abs. 3 S. 3 IfSG** sowie den **§§ 630 d und e BGB** aber **nur mit Einwilligung – d.h. vorheriger Zustimmung** (vgl. § 183 BGB) - der sorgeberechtigten Eltern möglich.

In der 44. Corona-Ausschuss-Sitzung wird meine Rechtsauffassung von Prof. Dr. Martin Schwab von der Uni Bielefeld zu 100% bestätigt, was diese - willkürliche - Widerspruchslösung in NRW zu Schnelltests angeht:

https://www.youtube.com/watch?v=Xb9dpuKaDrM&t=124s

Eltern müssen definitiv vorab umfassend über alle relevanten Aspekte dieser Tests aufgeklärt werden und müssen vor allen Dingen auch zwingend vorab ausdrücklich einwilligen, nur dann überhaupt könnten

Schnelltests - die (soweit ich weiß) invasiv i.S. des § 25 Abs. 3 S. 2 IfSG sind (Wattestäbchen in die Nase) statthaft sein.

Wir würden das aber noch weiter dahingehend einschränken, dass auch mit Einwilligung der Eltern solche invasiven Eingriffe **nicht** möglich sind, wenn ein nicht-qualifizierter Lehrer die Verantwortung dafür übernehmen soll, auch wenn - was ein Skandal in höchster Potenz ist - § 24 S. 2 IfSG das vom Wortlaut her decken soll.

Diese Norm dürfte evident (!) verfassungswidrig sein, da in jeder Hinsicht unverantwortlich. Der Gesetzgeber könnte ja auch nicht einen Bäcker zu herzchirurgischen Eingriffen ermächtigen.

Der Vollständigkeit halber ist noch anzumerken:

Die Behauptung, dieser PCR-Test verkörpere eine Art „Goldstandard" ist seit vielen Monaten von höchst namhaften Experten wissenschaftlich fundiert widerlegt und mittlerweile auch schon durch Sachbücher wie „Virus-Wahn" von Dr. med. Köhnlein et al., das nun schon in 10. Auflage – Stand Februar 2021 - vorliegt, umfassend aufgearbeitet worden.

Auch dort kann – um den diesbezüglichen Vortrag meiner Mandantin zu ergänzen - jeder im Detail nachlesen, warum der PCR-Test vollkommen untauglich ist und der von Drosten mitentwickelte PCR-Test unter keinen Umständen als „Goldstandard" bezeichnet werden kann und darf (siehe ebenda, Seite 392 – 397).

Viele Experten wie Prof. Hockertz oder der Kollege Dr. Fuellmich vom Corona-Ausschuss, der insbesondere auch zu dieser Frage viele namhafte Experten angehört hat, haben wiederholt öffentlich geäußert, dass sie die Behauptung, mit diesem PCR-Test können man ein bestimmtes Virus oder eine Infektion feststellen, schlicht für eine Lüge halten, was die Realität voll auf den Punkt bringt. Auch das dürfte mittlerweile allgemein bekannt sein.

Es versteht sich von selbst, dass eine vermeintliche Pandemie nie enden kann, wenn so viele PCR-Tests vorgenommen werden, dass alleine schon die falsch-positiven Fälle stets zu einer Überschreitung der geltenden Inzidenzwerte führen müssen.

Und natürlich verliert jede sog. „Anti-Corona-Regelung" – so auch die hier streitgegenständliche Maskenpflicht – sofort ihre Rechtfertigung, wenn der PCR-Test, auf dem bekanntlich alle offiziellen Fallzahlen des RKI etc. basieren, nachweislich vollkommen untauglich ist.

Die Nötigung von Schulkindern zur Teilnahme an diesen unsäglichen Massentests, auf die nachfolgend noch näher eingegangen wird, dient nach diesseitiger Überzeugung also nur dem politischen Zweck, möglichst viele

Fallzahlen zu generieren, damit dieses evident verfassungswidrige Corona-Regime unter allen Umständen weiter aufrechterhalten werden kann.

Nach der übereinstimmenden Überzeugung zahlreicher renommierter Wissenschaftler, auf die sich meine Mandantin bereits durch den Verweis auf die 190-seitige VB und die Schriftsätze von RA Dr. Fuellmich bezogen hat, haben die aktuell verwendeten PCR-Tests nicht einmal einen „Goldstandard", mit dem sie aktuell verglichen werden können. Stellvertretend für alle hierzu verfügbaren Quellen zitiere ich aus dem vorgenannten Buch Virus-Wahn:

„Denn Tests müssen, damit man ihre Genauigkeit – beziehungsweise ihre Sensitivität und Spezifität – bestimmen kann, durch einen Vergleich mit der akkuratesten Methode, die zur Verfügung steht, dem sogenannten Goldstandard, evaluiert werden. So ist dies z.B. bei einem Schwangerschaftstest der Fall, bei dem der Goldstandard die Schwangerschaft selbst ist.
Doch was COVID-19 angeht, gibt es so etwas nicht, wie etwa Sanjaya Senanayake, australischer Spezialist für Infektionskrankheiten, in einem Interview mit ABC-TV bestätigte. Auf die Frage „Wie genau ist der (COVID-19)-(PCR-)Test? Antwortete er wie folgt: „Wenn wir zum Beispiel einen neuen Test haben zur Feststellung von (dem Bakterium) Staphylococcus aureus in Blut, so liegen uns bereits entsprechende Blutkulturen vor – und die sind unser Goldstandard, den wir auch schon seit Jahrzehnten verwenden. Wir könnten also einen neuen Test (für Staphylococcus aureus) auf diesen Goldstandard eichen. **Doch für COVID-19 haben wir keinen solchen Goldstandard.**
Jessich C. Watson von der Bristol University in Großbritannien bestätigt dies. In ihrem Artikel „Interpreting a COVID-19 test result", veröffentlicht am 12.5.2020 im Fachmagazin *The BMJ*, schrieb sie, **dass „ein eindeutiger ‚Goldstandard' für die COVID-19-Tests fehlt"** ….
Zum einen muss man kein Superwissenschaftler sein um zu erkennen, dass es geradezu absurd ist zu sagen, die PCR-Tests selbst könnten Teil eines Goldstandards sein, mit dem die PCR-Tests evaluiert werden. Zum anderen gibt es für COVID-19 keine unverwechselbaren spezifischen Symptome. Dies bestätigte uns, wie zuvor erwähnt, sogar Thomas Löscher, orthodoxer Mediziner, absoluter Vertreter des offiziellen Corona-Narrativs und ehemaliger Leiter der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München. Und wenn es keine unverwechselbaren Symptome für COVID-19 gibt, kann die COVID-19-Diagnose …logischerweise auch nicht als valider Goldstandard für PCR-Tests dienen." (ebenda, Seite 392 f.).

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Dr. med. Claus Köhnlein,
Königsweg 14, 24103 Kiel

Ich zitiere weiter aus diesem Buch „Virus-Wahn":

„Selbst wenn man theoretisch mal davon ausginge, dass diese PCR-Tests eine Virusinfektion nachweisen könnten – <u>was, wie gesagt, nachweislich nicht der</u>

Fall ist – wären die Tests praktisch wertlos und würden somit bei den „positiv“ getesteten Personen nur unbegründete Panik auslösen. Dies wird auch deutlich, wenn man sich den positiven Vorhersagewert – den „Positive Predictive Value“, kurz: PV – anschaut. Der PPV gibt die Wahrscheinlichkeit an, dass eine Person mit einem „positiven Testergebnis wirklich ‚positiv‘ ist, also mit dem vermeintlichen Virus wirklich infiziert ist.

Der PPV hängt von zwei Faktoren ab: Von der Verbreitung, im Fachjargon „Prävalenz“ genannt, des behaupteten Erregers in der Allgemeinbevölkerung sowie von der Spezifität des Tests. Die Spezifität wiederum ist definiert als der Anteil bzw. der Prozentsatz der Menschen, die tatsächlich nicht krank sind und bei denen der Test auch korrekterweise „negativ“ ausschlägt. Wenn ein Test z.B. eine Spezifität von 95 Prozent aufweist, so bedeutet dies, dass 5 Prozent der gesunden Menschen fälschlicherweise „positiv“ getestet werden.
Wenn man nun eine konkrete Spezifität zugrunde legt, gilt: „Je höher die Prävalenz (Verbreitung), desto höher die PPV. In diesem Zusammenhang veröffentliche die Zeitschrift *Deutsches Ärzteblatt* am 12. Juni 2020 einen Artikel, in dem die PPV mit drei verschiedenen Prävalenzszenarien berechnet wurde. Die Ergebnisse müssen sehr kritisch betrachtet werden.
Erstens, weil es nicht möglich ist, wie dargelegt, die Spezifität ohne einen soliden Goldstandard zu berechnen.
Und zweitens, weil die Berechnungen in dem Ärzteblatt-Artikel auf der Spezifität basieren, die in besagter Studie von Jessica Watson ermittelt wurde. Doch diese Studie ist, wie ebenfalls dargelegt, letztlich wertlos.

Doch selbst wenn man von diesen beiden Punkten einmal abstrahiert und annimmt, dass die zugrunde liegende Spezifität von 95 Prozent korrekt ist und dass wir die Prävalenz kennen, dann kommt sogar das dem Mainstream zuzurechnende *Ärzteblatt* zu folgendem Ergebnis: Die so genannten SARS-CoV-2 RT-PCR-Tests können „ein erschreckend niedriges“ PPV haben. In einem der drei im Ärzteblatt-Beitrag durchgespielten Szenarien, in dem eine Prävalenz von 3 Prozent angenommen wird, ergibt sich ein PPV von gerade einmal 30 Prozent. **Demnach wären sage und schreibe 70 Prozent der „positiv“ getesteten Personen fälschlicherweise „positiv“.** Dennoch würde auch in so einem Fall den Betroffenen „Quarantäne verordnet“ werden, wie selbst das *Ärzteblatt* kritisch anmerken muss.

In einem zweiten Szenario wird eine Prävalenz der Krankheit von 20 Prozent angenommen. In diesem Fall kommt es zu einem PPV von 78 Prozent, sprich hier wären dann 22 Prozent der ‚positiven‘ Tests falsch „positiv“. Auf die Realität übertragen würde dies bedeutet: von 10 Millionen Menschen, die „positiv“ getestet worden, wären satte 2,2 Millionen falsch „positiv“.

All dies passt zu der Tatsache, dass sogar die US-Seuchenbehörde CDS und die amerikanische Medikamentenzulassungsbehörde FDA einräumen, dass die die sogenannten „SARS-CoV-2 RT-PCR-Tests“ für die SARS-CoV-2—Diagnose nicht geeignet sind. Und in der Tat heißt es

selbst in den Gebrauchsanweisungen von PCR-Tests explizit, dass sie gar <u>nicht</u> dafür vorgesehen sind, wofür sie permanent benutzt werden: für die Diagnose."

Dieser Aspekt wurde in den Niederlanden sogar bei Gericht vorgetragen, wie der **Unternehmer Jeroen Pols** am 6. November im Gespräch mit dem von dem Rechtsanawalt Reiner (Fuellmich) geleiteten Corona-Ausschuss aussagte. Im Zentrum der Beweisführung stünden, so Pols, 27 Benutzeranleitungen unterschiedlicher Testhersteller, die allesamt dieselbe Beschreibung ausweisen. „Research Use Only (RUO), not for diagnostic purposes" (nur für Forschungszwecke, nicht für diagnostische Zwecke)." (ebenda, Seite 394 f.).

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Dr. med. Claus Köhnlein,
Königsweg 14, 24103 Kiel

Aus den weiteren Ausführungen von Köhnlein et al. ergibt sich dann noch, warum es sich bei diesen RT-qPCR-Tests für SARS-CoV-2 gar nicht um „quantitative" Tests handelt, diese Tests also gar nicht anzeigen (können), wie viele Viruspartikel sich im Körper befinden.

"Das ist ein fundamentales Problem. Denn um überhaupt sicher feststellen zu können, dass jemand nicht nur laut Laborbefund, sondern in der realen Welt wirklich an einem Virus erkrankt ist, müsste dieser Kranke tatsächlich Millionen oder gar Abermillionen von Viruspartikeln in sich tragen, die sich aktiv in seinem Körper vermehren. Doch die PCR-Tests ermöglichen eben keine solche „quantitative" Messung.
Damit können die CDC, die WHO, die FDA oder auch das RKI noch so sehr und so oft behaupten, dass die PCR-Tests die sog. „Viruslast" messen können – also wie viele Viruspartikel sich im Körper einer Person befinden – „beweisen wurde dies nie, was ein enormer Skandal ist", wie der Journalist Jon Rappoport kritisierte." (ebenda, Seite 395).

Beweis: wie vor

Besonders lesenswert sind auch die Ausführungen von Köhnlein et al. zu den hohen Cq-Werten (ebenda, Seite 397-401), die die Testergebnisse ad absurdum führen, da auch das von Corman et al entwickelte PCR-Protokoll sogar von einem Cq von 45 ausgeht. „CQ" (mitunter auch „Ct" genannt" steht für „Cycle Quantification"-Wert – und er gibt an, wieviele Zyklen der Vermehrung (Replikation) von DANN (Erbsubstanz) erforderlich sind, um mit der PCR ein wirkliches Signal von einer biologischen Probe zu erzielen…Der PCR-Erfinder, Kary Mullis, erklärte in diesem Zusammenhang ebenfalls: „If you have to go more than 40 cycles to amplify a single-copy gene, there is something seriously wrong with your PCR."
Bemerkenswerterweise können Institutionen wie das Robert Koch-Insitutt nicht einmal Daten liefern, aus denen hervorgeht, bei welcher Zyklen-Zahl (Cq-Wert) die in der Praxis eingesetzten PCR-Tests „positiv" ausschlagen.

Entweder will man da etwas vertuschen oder ist der Auffassung, dass der Cq-Wert bzw. die Zyklen-Zahl keine Relevanz hat in Bezug auf die Aussagekraft eines „positiven" PCR-Test-Ergebnisses. Beides wäre einfach höchst bedenklich, um nicht zu sagen skandalös." (ebenda, Seite 397).

Beweis: wie vor

Aber wie gesagt: Nicht nur dieses Buchkapitel zu der Frage „PCR: Goldstandard?" (Seiten 392 – 397) ist höchst ergiebig und eine gute Zusammenfassung der aktuell gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Zumindest das ganze Buchkapitel über den „Totalen Corona-Wahn" (Seite 363 – 456) sollte Pflichtlektüre für jeden Richter und Rechtsanwalt sein, der sich mit dem Sinn oder Unsinn von Corona-Regelungen befassen muss.

Weitere „Erkenntnisse zum PCR-Test" hat der Corona-Ausschuss auf seiner Homepage unter folgendem Link veröffentlicht, siehe:

https://corona-ausschuss.de/dokumente/

Es sind also schon längst alle Erkenntnisse öffentlich zugänglich, mit denen der Dornröschenschlaf aller Politiker und auch aller Schulbehörden beendet werden konnte…und musste.

IV.

Zudem möchte ich Sie bitten mir auch folgende Fragen zu beantworten:

Am 20. Januar dieses Jahres hat die WHO folgendes Statement zum PCR Test veröffentlicht https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05 :

> ***"Description of the problem:*** *WHO requests users to follow the instructions for use (IFU) when interpreting results for specimens tested using PCR methodology.*
>
> ***Users of IVDs must read and follow*** *the IFU carefully to determine if* ***manual adjustment of the PCR positivity threshold*** *is recommended by the manufacturer.*
>
> *WHO guidance Diagnostic testing for SARS-CoV-2 states that careful interpretation of weak positive results is needed (1). The cycle threshold (Ct) needed to detect virus is inversely proportional to the patient's viral load.* ***Where test results do not correspond with the clinical presentation, a new specimen should be taken and retested using the same or different NAT technology****.*
>
> *WHO reminds IVD users that disease prevalence alters the* ***predictive value*** *of test results; as disease prevalence decreases, the risk of false*

positive increases (2). This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as prevalence decreases, ***irrespective of the claimed specificity****.*

Most PCR assays ***are indicated as an aid for diagnosis****, therefore, health care providers must* ***consider any result in combination*** *with timing of sampling, specimen type, assay specifics,* ***clinical observations,*** *patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information."*

Die wesentlichen Punkte (von uns hervorgehoben durch Fettdruck) sind also:

A) Der „**Cycle Threshold Wert**" des Kit-Herstellers sollte beachte werden
B) Wiederholung des Tests bei **unklarem klinischen Bild** (also indirekt heißt das, die Interpretation des Befunds **muss das durch einen Arzt erhobene klinische Bild einbeziehen**)
C) Der Vorhersagewert (PPV positive predictive value) hängt von der Spezifität ab (und der Prävalenz) ab, das impliziert:
  a. Die **Spezifität** muss mit hinreichender Genauigkeit bekannt sein. *Die Herstellerangabe ist dazu nicht geeignet, da Kontaminationen und andere Fehlerquellen die Spezifität senken, diese muss also in jedem Labor regelmäßig ermittelt werden.*
  b. Die Ermittlung der **Prävalenz** setzt letzten Endes voraus, dass die falsch positiven Tests und andere Fehlerquellen berücksichtigt werden.
D) Bei der Diagnose sind **das klinische Bild und andere Umstände unbedingt zu berücksichtigen**. *Also ist ein PCR Test für sich alleine keine nachgewiesene Infektion*.

Alle Einschränkungen der Grundrechte, die auf der Basis des IFG verordnet werden, beruhen auf der Grundlage der nachgewiesenen Infektionen, Hospitalisierungen und Verstorbenen an oder mit Covid-19. Sie stimmen sicher mit uns darin überein, dass **entsprechend hohe Anforderungen an die Datenqualität dieser vom RKI veröffentlichten Zahlen** gestellt werden müssen. Ihnen als Gesundheitsamt kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Aus diesem Anlass bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen, damit wir nachvollziehen können, **wie Sie als das Gesundheitsamt in Ihrem Land- bzw. Stadtkreis dafür Sorge tragen, dass die für Sie zuständigen Labore alle Vorgaben bezüglich der Qualitätssicherung** im Zusammenhang mit den PCR Tests auf SARS Covid-2 einhalten.

Es ist Ihnen sicher bekannt, dass ein Inverkehrbringer von Waren oder ein **Anbieter von Dienstleistungen (also z.B. Ihr Gesundheitsamt)** die unmittelbare Verantwortung für die Korrektheit der Daten (also die

Datenqualität) hat. Das gilt ohne Einschränkung auch für den Fall, dass der wesentliche Teil der Dienstleistung von einem beauftragten Unternehmen (also den Laboren) bereitgestellt wird.

Aus diesem Sachverhalt ergeben sich die folgenden Fragen:

Frage 1: Wie stellt Ihr Gesundheitsamt sicher, dass ein **geeigneter Cycle Thresholdwert** in den beteiligten Laboren verwendet wird, und liegen diese dem Gesundheitsamt vor? *(siehe Punkt A) oben)*

Frage 2: Wie stellt Ihr Gesundheitsamt sicher, dass die Vorgaben der WHO eingehalten werden, also dass bei einem positiven PCR Test das klinische Bild in die Feststellung einer **Infektion** mit einbezogen wird und dass bei unklaren PCR Befunden eine Wiederholung des Tests veranlasst wird? *(siehe Punkt B und Punkt D oben)*, und **dass nur nachgewiesene Infektionen ab jetzt in die Statistiken eingehen**.

Frage 3: Wie wird in Zukunft sichergestellt, dass eine **Quarantäneverfügung** für Personen mit positivem PCR Test und deren Kontaktpersonen von Ihnen erst erlassen wird, sobald eine Infektion im Sinne von Frage 2 festgestellt wurde? Andernfalls liegt unseres Erachtens der Tatbestand Freiheitsberaubung vor.

Frage 4: Wie stellt Ihr Gesundheitsamt sicher, dass in den Laboren regelmäßig die **Spezifität** des jeweiligen Testverfahrens in dem betreffenden Laboren **gemonitort** wird (da diese mit Sicherheit zeitlichen Schwankungen unterliegt) und dass die daraus ermittelte falsch positiv Rate (also die **Toleranz der Messung**) bei den offiziellen positiven Testzahlen pro Land- und Stadtkreis berücksichtigt wird? (*analog den gesetzlichen Vorgaben bei der Feststellung von Geschwindigkeitsübertretungen im Straßenverkehr durch Radarmessungen, liegt keine Eichung und kein Abzug der Toleranz vor, so sind solche Messungen nicht gerichtsfest)*

Frage 5*:* Wie bereits in der Einleitung erwähnt: Im Rahmen der Produkthaftung ist bekanntlich der **Inverkehrbringer einer Ware oder der Erbringer einer Dienstleistung für die Qualität der Ware / Dienstleistung unmittelbar verantwortlich**. In vorliegenden Fall ist also das Gesundheitsamt verantwortlich für die Korrektheit der von den Laboren ermittelten und vom Gesundheitsamt weitergeleiteten Daten. Das heißt, das Gesundheitsamt muss Aktivitäten entfalten, die geeignet sind, die Qualität der Labortests und abgeleiteter Daten AKTIV sicherzustellen und nachzuweisen. In diesem Zusammenhang folgende Teilfragen:

a) Welche der Labore, die in Ihren Zuständigkeitsbereich fallen, sind nach den Standards für **Qualitätsmanagementsysteme** zertifiziert. *(entweder ISO 15189 für medizinische Labore oder wenigstens ISO 9001)*
b) Welche in diesem Kontext erstellten **Qualitätsaufzeichnungen** werden von den Laboren regelmäßig an das Gesundheitsamt gemeldet?

c) In der Wirtschaft ist es geübte Praxis, dass von Kunden bei den Lieferanten **Vor-Ort Audits**durchgeführt werden, die sicherstellen, dass die Vorgaben des QM Systems in der täglichen Praxis auch 1:1 ungesetzt werden. Gibt es beim Gesundheitsamt Aktivitäten oder wenigstens Pläne, Audits durchzuführen?
d) Im Oktober fand ein **zweiter Ringversuch** für Covid-19 statt. Liegen dem Gesundheitsamt die Ergebnisse für die Spezifität bei Proben ohne Virusmaterial und bei Proben mit anderen Viren (z.B. endemische Coronaviren) vor? Falls nicht, fordern wir Sie auf, diese beim RKI zu erfragen und uns mitzuteilen, da diese wesentliche Informationen für die Beurteilung der Genauigkeit der PCR Tests darstellen.

Frage 6: Der 7 Tage Inzidenzwert ist definiert als die Anzahl der positiven Tests in 7 Tagen pro 100 000 Einwohner in dem betreffenden Land- oder Stadtkreis. Es ist offensichtlich, dass bei gleichbleibendem Infektionsgeschehen und z.B. einer Verdoppelung der Tests in den darauf folgenden 7 Tagen, der Inzidenzwert um einen Faktor 2 steigt. **Das bedeutet, diese Kennzahl ist kein Indikator für das Infektionsgeschehen**! In diesem Zusammenhang folgende Teilfragen:

a) Warum wird nicht die Größe der Stichprobe (also die Anzahl der Tests) berücksichtigt, (wie es in der Messtechnik und Statistik vorgeschrieben ist), also der Anteil positiver Tests ermittelt wird – das ist eine valide Kennzahl?
b) Wie schließt das Gesundheitsamt aus, dass **mehrere Tests** an einer erkrankten Person (wie z.B. in Krankenhäusern üblich) nicht als **jeweils neuer Fall gezählt werden** und damit die Inzidenzzahl in unzulässiger Weise aufgebläht wird?
c) Ermittelt das Gesundheitsamt die Gesamtzahl der Tests, so dass in Verbindung mit der Anzahl positiver Tests für Ihren Zuständigkeitsbereich der Prozentsatz positiv getesteter Personen ermittelt werden kann? Wiegesagt, **nur diese Größe ist ein valider Indikator für das Infektionsgeschehen, der sogenannten Inzidenzwert ist es nicht**.

Frage 7: Die Anzahl der mit oder an Covid-19 **verstorbenen Personen** ist die **wichtigste Kennzahl** für die Auswirkungen von Covid-19 Infektionen.

a) Werden Personen, die als Folge eines Unfalls, eines Selbstmordversuchs oder akuten schwerwiegenden Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlagfall oder an Krebs versterben, bei vorliegenden positivem Test als Covid-19 Tote gezählt?
b) Wie lange darf ein positiver Test maximal zurückliegen, damit der Verstorbene prinzipiell als Covid-19 Toter gezählt wird?
c) Wird in Ihrem Amt die WHO Richtlinie exakt umgesetzt, siehe WHO-Corona-Sterbefalldefinition. Oder wenden Sie die eher unspezifischen Richtlinien des RKI an, die dazu geführt hat, das dies nach den uns vorliegenden Informationen in den einzelnen

Gesundheitsämtern unterschiedlich gehandhabt wird, was aus Meßtechnik- und Risikoanalyse ein Unding ist?

Frage 8: Die **Häufigkeit von positiven Tests** und **von an oder mit Covid-19 Verstorbenen** variiert um bis zu einem Faktor 10 je nach Bundesland und nach stärker je nach Stadt-/Landkreis. Ist Ihnen die Ursache für diesen ins Auge springenden Unterschied bekannt und werden aus den Ursachen ggf. gezieltere Maßnahmen abgeleitet? Welche Analysen haben Sie auf lokaler Ebene durchgeführt, oder ist wenigsten geplant, solche lokalen epidemiologischen Untersuchungen zur Klärung von Kausalitäten und Effektivität von Maßnahmen durchzuführen?

Frage 9: Nach einer überstandenen Infektion kann man in vielen Fällen Antikörper nachweisen. Anhand einer kontinuierlich durchgeführten repräsentativen Studien in Schweden kann man ablesen, wie in Schweden der **Anteil von Personen mit Antikörpern im Frühjahr auf 15% betrug, und ab dem Herbst auf zur Zeit 40% angestiegen ist** (Quelle: https://sebastianrushworth.com/2021/01/25/heres-a-graph-they-dont-want-you-to-see/)

Haben Sie dazu für Ihren Verantwortungsbereich belastbare Daten?

Frage 10: Wenn man voraussetzt, dass die Anzahl der Tests pro 100 000 Einwohner in jedem der Bundesländer nicht zu stark voneinander abweicht, dann erkennt man ein auffälliges Nord-Süd und West-Ost Gefälle. Wenn man weiter annimmt, dass von Landkreis zu Landkreis das gleiche gilt, dann gibt es auch hier **gravierende Unterschiede des Infektionsgeschehens** von einem Faktor 10 oder mehr, wie bereits unter Frage 8 thematisiert. Das Gesundheits- bzw. Ordnungsamt ist verantwortlich dafür, welche Maßnahmen auf kommunaler Ebene **konkret** angeordnet werden, **und dass diese verhältnismäßig sind**.

a) Wird von Ihnen berücksichtigt, dass selektiv Maßnahmen nach den jeweiligen Landesverordnungen aufgehoben werden könne, sobald der Inzidenzwert 30 bzw. 50 unterschreitet?
b) Wie sehen Sie die Tatsache, dass zur Zeit ca. dreimal soviel getestet wird wie Anfang Mai 2020, als die Inzidenzzahl definiert wurde. Nach anerkannten Regeln der Messtechnik wäre ein Inzidenz von z.B. 51 danach nur 51:3= 17, zumindest wenn man eine zeitliche Vergleichbarkeit der Datenreihe anstrebt. Also sind alle Inzidenzzahlen, die täglich veröffentlicht werden, um einen Faktor 3 zu hoch. Falls Sie diesem Argument nicht zustimmen, bitte begründen sie diese Verletzung von Messtechnikregeln.

Frage 11: In Tübingen hat man für ältere Bürger sehr erfolgreich Maßnahmen umgesetzt, um die Kontakte zu reduzieren (z.B. Taxibenutzung zum Preis von Städtischen Bussen usw.). Ist vom Gesundheitsamt geplant, bei der Kommunalverwaltung ähnliche Maßnahmen anzuordnen, um ältere Bürger effektiver zu schützen?

Der Beantwortung unser Fragen sehe ich bis **Ende April 2021** entgegen.

V.

Ich bitte aus diesen Gründen zur Kenntnis zu nehmen und zu respektieren, dass meine Mandantin nicht damit einverstanden ist, dass ihre Kinder an solchen PCR-Tests – in welcher Form auch immer – teilnehmen.

Im Falle der Zuwiderhandlung wird meine Mandantin unter allen Gesichtspunkten Strafantrag stellen und Strafanzeige erstatten, insbesondere wegen Nötigung im Amt, Misshandlung Schutzbefohlener und vorsätzlicher Körperverletzung im Amt.

D)

Zu Schnell- bzw. Antigen-Tests

I.

Die obigen Ausführungen unter C) bezüglich Aufklärungspflichten und Erforderlichkeit der Einwilligung durch die Eltern gelten auch für diese Schnelltests.

II.

Hier stellt sich schon einleitend die Frage:

Wenn es schon den Spucktest gibt, warum werden noch Tests mit Wattestäbchen durchgeführt, obschon diese weniger gefährlich und belastend sind?

Quelle:

https://www.youtube.com/watch?v=6QeYrhmUlvU&t=15s

Die Kollegin Jessica Hamed hat ihre Feststellungen zu massenhaften ungezielten (?) Einsatz von Schnelltests wie folgt zusammengefasst (Zitat):

„Lauterbach und der Erfurter Oberbürgermeister Bausewein – ebenso wie die Entscheidungsträger der „Bund-Länder-Konferenz“ – verkennen, dass „Schnell- und Selbsttests“ **ungezielt eingesetzt kein adäquates Mittel der Bekämpfung des Infektionsgeschehens darstellen**.

Vielmehr sind sie das **gerade Gegenteil**: Das ungezielte Testen gesunder – mit den Worten der Bund-Länder-Konferenz: asymptomatischer[10] – Menschen bringt zahlreiche Probleme mit sich.

So rät sogar das Robert Koch-Institut (RKI) zu Recht von anlasslosem Testen ausdrücklich ab[11]:

„Von der Testung von Personen, die nicht Teil der Nationalen Teststrategie sind, wird ausdrücklich abgeraten, da Testen ohne begründeten Verdacht das Risiko falsch-positiver Ergebnisse erhöht und die vorhandene Testkapazität belastet. Testen ohne Anlass führt zu einem falschen Sicherheitsgefühl. Denn auch ein negatives Testergebnis ist nur eine Momentaufnahme und entbindet nicht von Hygiene- und Schutzmaßnahmen (Stichwort AHA+L-Formel).
Daher gilt, „Testen, Testen, Testen – aber gezielt!"“

Das RKI illustriert auch, welche Auswirkungen ein anlassloses Massentesten mit Antigen-Schnelltests bei einer niedrigen Inzidenz hat:

Bei einer 7-Tage-Inzidenz von 50/100.000 wäre auf 10.000 Antigen-Schnelltests mit **einem falsch negativen Ergebnis** und **200 falsch positiven Ergebnisse** zu rechnen. Letztere im Übrigen mit allen damit einhergehenden (rechtlichen) Einschränkungen. Sofortige Quarantäne bis ein negativer PCR-Test – dem jüngst in einem Artikel der renommierten Fachzeitschrift „The Lancet“ der weit verbreitete Status als **angeblicher Goldstandard** für das Screening nach ansteckenden Personen (nur diese sind für das Infektionsgeschehen relevant) **abgesprochen** wurde[12] – vorliegt, Information der Kontaktpersonen (ebenfalls Quarantäne), Angst usw.

D.h. bei einer derartig niedrigen Inzidenz bzw. Prävalenz liegt die Wahrscheinlichkeit, dass man korrekt als positiv erkannt wurde, lediglich bei 2%. Mit einer Wahrscheinlichkeit von **98% ist ein positives Testergebnis also nicht richtig**.

Die Falsch-Positiv-Rate liegt bei Antigen-Schnelltests laut RKI – in Übereinstimmung mit den Herstellerangaben[13] (wobei deren Schätzungen auf kontrollierten Bedingungen, die es im „echten Leben“ nicht gibt, beruhen dürften) – bei 2 %[14]; laut einer Studie der österreichischen Gesundheitsbehörde AGES liegt sie bei Schnelltests bei Nasenabstrichen sogar bei 4,3 %[15]. D. h. hiernach erhält man auf 100 Testungen **mehr als 4 falsch-positive Ergebnisse**. Würde man nun in Rheinland-Pfalz alle knapp 140.000 Grundschüler*innen wöchentlich testen, erhielte man wöchentlich **6.020 falsch-positive Ergebnisse** – erneut mit allem, was dazugehört: Isolation des betreffenden Kindes – und in den meisten Fällen aller Kontaktpersonen[16]! – und Angst bis man durch das negative Ergebnis eines PCR-Tests erlöst wird.

Würde man bei einer 7-Tage-Inzidenz von 50 mittels einer wöchentlichen Massentestung 100.000 Personen testen, würde das Folgende passieren:

Der Test würde 50-mal auf tatsächlich infizierte Personen und 99.950-mal auf in Wirklichkeit nicht infizierte Personen angewendet werden. Geht man mit dem RKI von einer Entdeckungswahrscheinlichkeit der infizierten Personen von 80 Prozent aus[17], wären 40 echt-positive Testergebnisse darunter. Geht man von einer Falsch-Positiven-Rate bei Schnelltests von 2 % aus, erhielte man **1999** falsch-positive Testergebnisse, bei der Annahme von 4,3 % wären es **4298** falsch-positive.

Die **Wahrscheinlichkeit, bei einem erhaltenen positiven Testergebnis tatsächlich infiziert zu sein**, beträgt demnach: 40 (echt-positive Testergebnisse) geteilt durch 4338 (insgesamt erhaltene positive Testergebnisse) = 0,009 – also **nur 0,9 Prozent**, bzw. 0,02 also nur **2 Prozent.**

Anders ausgedrückt: 99,1 % bzw. 98 % der positiv Getesteten würden **zu Unrecht** in Angst und Schrecken – und in Quarantäne! – versetzt werden.

In Bezug auf angedachte **Massentestungen von Kindern** weise ich vor diesem Hintergrund auf die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene vom 28.02.2021 hin. Dort heißt es u. a.[18]:

„Ausgehend von allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen der Screening- und Infektionsdiagnostik erscheint es angesichts fehlender Daten zur Validität von Antigenschnelltests gerade bei asymptomatischen Kindern zum jetzigen Zeitpunkt weder gerechtfertigt noch angemessen, diese Tests flächendeckend in Schulen und KiTas einzusetzen. Es ist zu erwarten, dass die Zahl falsch negativer und falsch positiver Ergebnisse inakzeptabel hoch sein und weit mehr Schaden als Nutzen mit sich bringen wird. Hinzu kommt das Potenzial großer präanalytischer Fehler in der Probenentnahme.
Unterschätzt werden die negativen psychologischen Auswirkungen repetitiver Testungen, insbesondere junger Kinder, die entsprechende Konsequenzen wie Quarantäne der eigenen Person oder der Sozialgemeinschaft nach sich ziehen, nicht zuletzt wenn sie möglicherweise aufgrund der invaliden Testmethode wieder aufgehoben werden müssen. Weiterhin besteht die erhebliche Gefahr, dass Testergebnisse negativen Einfluss nehmen werden auf die konsequente Umsetzung der bewährten Hygieneregeln. Dies hat angesichts einer erwartungsgemäß hohen Rate falsch negativer Testergebnisse besonders gravierende Auswirkungen.

Dies ist umso bedenkenswerter, als bis heute nicht gezeigt ist, dass Infektionsausbrüche in Schulen, die von infizierten Schülern ausgehen, tatsächlich relevant als Motor der Pandemieentwicklung wirken. Das RKI hat diese Einschätzung kürzlich in seiner Stellungnahme bestätigt.“ (Zitat Ende)

Quelle (mit weiteren Nachweisen):

https://www.ckb-anwaelte.de/corona-update-11-03-2021-erfolg-in-bayern-muendliche-verhandlung-am-vg-mainz-warten-auf-kassel-warum-schnelltests-nicht-der-anfang-vom-ende-der-krise-sind-und-gerichtsentscheidungen-die-hoffnung/

Weitere kritische Berichte zur Zuverlässigkeit von Schnelltests:

1.

Metastudie stellt Unzuverlässigkeit von Schnelltests fest:

https://de.rt.com/inland/115012-metastudie-weckt-zweifel-an-zuverlaessigkeit-von-schnelltests/

2.

https://www.n-tv.de/panorama/Corona-Tests-haben-ein-Temperaturproblem-article22454521.html?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE

3.

https://www.aerzteblatt.de/archiv/216516/Antigentests-auf-SARS-CoV-2-Der-Preis-der-Schnelligkeit

4.

Corona-Schnelltests liefern unzuverlässige Ergebnisse

5.

VG Potsdam kippt Schnelltest-Pflicht (aus Allgemeinverfügung):

https://www.pnn.de/potsdam/allgemeinverfuegung-ist-rechtswidrig-gericht-kippt-potsdams-testpflicht/27053534.html

6.

Nach unserer Kenntnis nach sind diese Tests schon deshalb vollkommen ertlos, weil man ja zunächst ein Virus eindeutig bestimmen müsste (nach den bekannten Schritten, Koch'sche Postulate etc.), damit man dann überhaupt - in einem weiteren Schritt - feststellen könnte, ob der Körper ein bestimmtes Antigen wirklich konkret zu einem bestimmten Virus entwickelt hat.

Aus den o.g. Gründen sind diese zwingenden Anforderungen zum Nachweis eines neuen Virus bei dem SARS-CoV-2-Virus bis zum heutigen Tage nie erfüllt worden.

7.

Wie können Sie denn vor diesem Hintergrund den massenhaften Einsatz von Antigen-Schnelltests in Ihrem Zuständigkeitsbereich dulden oder gar aktiv fördern? Wir bitten um Auskunft.

III.

Aus den obigen Gründen bitte ich somit weiter darum zur Kenntnis zu nehmen und zu respektieren, dass meine Mandantin auch nicht damit einverstanden ist, dass ihre Kinder an solchen Antigen-Schnell-Tests – in welcher Form auch immer – teilnehmen.

Im Falle der Zuwiderhandlung wird meine Mandantin unter allen Gesichtspunkten Strafantrag stellen und Strafanzeige erstatten, insbesondere wegen Nötigung im Amt, Misshandlung Schutzbefohlener und vorsätzlicher Körperverletzung im Amt.

E)

Zu den aktuellen „Impfungen“ mit mRNA-„Impf“-Stoffen:

Meiner Mandantin sind vor diesem Hintergrund im Kontext mit den aktuell eingesetzten „Impfstoffen“ (bloß unterstellt, dass diese Bezeichnung angemessen ist) insbesondere folgende Fragen gekommen:

1.

Ist es zutreffend, dass die COVID-19 mRNA-Impfstoffe neben Spike-Proteinen unter anderem auch **Syncytin-homologe Proteine** enthalten, die bei Säugetieren, wie dem Menschen, wesentliche Voraussetzung für die Ausbildung der Placenta – und damit für die Fruchtbarkeit – darstellen?

2.

Enthalten die COVID-19 mRNA-Impfstoffe **Polyethylenglykol (PEG)**? Falls ja, in welcher Konzentration? Welche gesundheitlichen Risiken sind mit PEG verbunden?

3.

Werden in der Packungsbeilage der „Impfstoff"-Hersteller **vollständig und abschließend alle** Inhaltsstoffe des COVID-19 mRNA-Impfstoffes genannt, also auch die Inhaltsstoffe, die nicht deklarationspflichtig sind?

Falls nicht, so wäre durch Sie aufzuklären bzw. aufzuklären gewesen, welche der Inhaltsstoffe, die nicht in der Packungsbeilage genannt werden, dem Impfstoff gleichwohl zugesetzt worden sind.

4.

Wie bereits einleitend dargelegt, wird nach meiner Kenntnis mit einer mRNA-Impfung die genetische Information (der Bauplan) für bestimmte Teile (Proteine) des Virus gespritzt. Im Körper erfolgt sodann die Herstellung (Synthese) von Virus-Proteinen, gegen die der Mensch Antikörper zum Schutz vor der Krankheit bilden soll.

Aus diesem Sachverhalt ergeben sich für mich folgende Frage: **Wann hört der Körper auf, die Virus Proteine herzustellen?** Oder ist hierüber nichts bekannt? Ist es also möglich oder sogar wahrscheinlich, dass der Körper ggf. dauerhaft Virus-Proteine herstellen wird?

5.

In diesem Kontext bitte ich insbesondere auch darum, den Verdacht der **Immunologin und Molekularbiologin Prof. Dolores Cahill** Stellung aufzuklären, wonach COVID-19 Geimpfte Monate nach der mRNA-Impfung sterben werden.

Prof. Chahill erklärt in dem Video

vimeo.com/496720078

anhand der Studie “**Immunisierung mit SARS-Coronavirus-Impfstoffen führt nach Injektion mit wildem SARS-Virus zu schwerer Immunerkrankung der Lungen**“, warum mRNA-Impfstoffe mit extremen Risiken verbunden seien.
Wenn die Geimpften einige Monate nach der Impfung mit wilden Coronaviren in Kontakt kämen, dann würde ihr Immunsystem in vielen Fälle mit einem tödlichen Zytokinsturm reagieren, eben weil die Impfstoff-mRNA die Körperzellen gentechnisch so modifiziere, dass sie das Spike-Protein des Coronavirus produzieren würden. Wenn dann später ein neues Coronavirus das Immunsystem aktiviere erkenne das Immunsystem die selbst produzierten Spike-Proteine als Gefahr und starte einen Großangriff gegen die eigenen Körperzellen. Als Folge würden die Geimpften einen septischen Schock mit multiplem Organversagen erleiden, was in der Regel mit dem Tod ende.

Sind diese Bedenken von Prof. Cahill unbegründet? Wenn ja, warum?

6.

Meine nächsten Fragen ergeben sich aus Aussagen der französischen **Genetikerin Dr. med. Alexandra Henrion-Caude**, ehem. Direktorin des nationalen Instituts für Gesundheit und medizinische Forschung, Inserm, die in dem o.g. Video äußert, dass die Öffentlichkeit **vor** der Impfung über die lebensgefährlichen Risiken der mRNA-Impfstoffe für Senioren aufgeklärt werden müsse.

Sie verweist auf die Schlussfolgerungen aus der Studie “**Informierte Einwilligung der Teilnehmer an der COVID-19 Impfstoff-Studie zum Risiko einer Verschlimmerung der klinischen Erkrankung**” und deren klinische Implikationen: Das spezifische und signifikante Risiko von COVID-19-Antikörper abhängiger Abwehrverstärkung (Antibody-dependent enhancement, ADE) hätte den Versuchspersonen offengelegt werden müssen – sowohl jenen, die sich derzeit in Impfstoff-Studien befinden, wie auch jenen, die für die Studien rekrutiert werden.

Ebenso müssten die zukünftigen Patienten nach der Zulassung des Impfstoffs aufgeklärt werden. Diese Offenlegung müsse an prominenter Stelle und unabhängig erfolgen, um den Standard der medizinischen Ethik für das Verständnis und eine informierte Einwilligung der Patienten zu erfüllen.

Ihrer Ansicht nach würden mRNA-Impfungen nicht vor Coronaviren schützen, sondern machten sie zu einer tödlichen Gefahr! Es gelte also zu klären, ob sich hinter dem Begriff "Impfstoff" ein biologisches Waffensystem verberge. In jedem Fall würden die Impfstoff-Hersteller, die WHO und ihre Ableger in den nationalen Behörden versuchen, die Nebenwirkungen (aus militärischer Sicht: Hauptwirkungen) der mRNA-Impfung auf ein mutiertes Virus abzuschieben.

Von daher wäre aufzuklären,

a)

wann und in welcher Form die Impfstoffhersteller und auch Ihre Kreisverwaltung die Öffentlichkeit – an prominenter Stelle – **vor** (!) der Impfung bzw. vor dem Beginn der Impfkampagne über die lebensgefährlichen Risiken der mRNA-Impfstoffe für Senioren informiert haben,

b)

ob es zutrifft, dass mRNA-Impfungen nicht vor Coronaviren schützen, sondern sie vielmehr zu einer tödlichen Gefahr machen können,

c)

ob es konkrete Anhaltspunkte für Überlegungen gab oder gibt, für die Nebenwirkungen von mRNA-Impfungen ggf. Virus-Mutationen verantwortlich zu machen,

d)

ob gegenüber den Versuchspersonen das signifikante Risiko von COVID-19-Antikörper abhängiger Abwehrverstärkung (Antibody-dependent enhancement, ADE) offengelegt worden ist, also sowohl gegenüber jenen, die sich in Impfstoff-Studien befanden als auch gegenüber jenen, die sich derzeit noch in Impfstoff-Studien befinden und aktuell für diese Studien rekrutiert werden.

7.

Dürfen die „Impfstoffe“ gegen das SARS-CoV2-Virus unter Berücksichtigung der **CDC- und FDA-Standards** überhaupt als „Impfstoff“ bezeichnet werden?

Nach diesen Standards darf man nur dann von einem Impfstoff sprechen, wenn dieser bei der Person, die ihn erhält, eine Immunität erzeugt und zudem eine weitere Übertragung (des Virus) verhindert, siehe hierzu u.a.:

https://t.me/deutschlandstehtauf/160

Wenn die aktuell eingesetzten Mittel aber keine Impfstoffe sind, was sind sie dann?

Mit anderen Worten: Wie wirken diese Mittel im Körper des Menschen und welche Bezeichnung wäre angesichts dieser Wirkung angemessen?

8.

Haben sich die Mitglieder des Kreistags und die leitenden Mitarbeiter der Kreisverwaltung und insbesondere des Gesundheitsamtes auch selbst mit diesem „Impfstoff“ gegen das SARS-CoV2-Virus impfen lassen?

Wenn nicht: warum nicht?

9.

Nach täglich aktualisierten Listen von weltweit gemeldeten Impfschäden besteht Grund zu der Annahme, dass die gegen das SARS-CoV2 verabreichten „Impfstoffe“ bzw. Mittel bereits in vielen Fällen mit schweren und schwersten Folgeschäden verbunden waren, insbesondere auch zu einem Ableben der Geimpften geführt haben.

Von daher ist aufzuklären, ob die gegen das SARS-CoV2-Virus eingesetzten „Impfstoff“ kausal für die Entstehung von schweren Krankheitsverläufen bis hin zum Ableben des Geimpften verantwortlich waren.

In diesem Kontext ist folglich aufzuklären:

Ab wann und in welcher Form wurden diese Nebenwirkungen und Folgeschäden zu den in Ihrem Kreisgebiet ablaufenden „Corona-Impfungen", insbesondere die Todesfälle, statistisch erfasst?

Wo sind Ihre Statistiken veröffentlicht worden bzw. abrufbar bzw. in Ihrer Verwaltung einsehbar?"

Nach welchen Kriterien wurde Impfschäden in diese Statistiken aufgenommen oder auch nicht aufgenommen? Wer hat diese Kriterien festgelegt?

Sind diese Kriterien aus objektiver, d.h. unabhängiger wissenschaftlicher Sicht sachgerecht oder nicht?

Wie viele der Menschen, die unmittelbar nach einer Impfung mit einem SARS-CoV2-Virus-„Impfstoff" verstorben sind, wurden obduziert?

Wenn diese nicht obduziert wurden: Warum nicht?

Bekanntlich wird jeder als Covid-Toter erfasst, der (angeblich) „mit" dem SARS-CoV2-Virus stirbt, wobei es keine Rolle spielt, ob er wirklich „an" diesem Virus oder auf Grund seiner (schweren) Vorerkrankungen gestorben ist.

Wieso wird dann auch nicht jeder Mensch als „Impftoter" erfasst, der kurze Zeit nach dieser „Impfung" – also „mit" dem „Impfstoff" – verstorben? Wieso wird hier – genau anders herum als bei der Covid-19-Sterbe-Statistik – regelmäßig behauptet, dass diese Menschen nicht auf Grund dieser „Impfung", sondern auf Grund ihrer schweren Vorerkrankung gestorben sind?

10.

Wie gewährleistet Ihre Kreisverwaltung, dass alle Menschen, die gegen das SARS-CoV2-Virus geimpft worden sind oder noch geimpft werden sollen, **zuvor** über die o.g. Umstände dieser Impfung und insbesondere über alle damit verbundenen Risiken korrekt aufgeklärt worden sind bzw. aufgeklärt werden?

Falls dies nicht gewährleistet wurde, ergeben sich folgende Fragen:

Wieso haben Ihr Kreisverwaltung und insbesondere Ihr Gesundheitsamt – soweit bekannt - nie angemessen über diese unvertretbaren Gefahren und Risiken dieser mRNA-„Impfstoffe“ berichtet, obschon Experten wie Prof. Hockertz, Prof. Bhakdi und Dr. Wodarg schon vor Monaten auf diese Gefahren und Risiken hingewiesen haben? Wie kann man denn der Öffentlichkeit solche Informationen vorenthalten und die Menschen dadurch in Gefahr bringen?

Siehe hierzu u.a.:

1.

Der Biologe Clemens Arvay zu den möglichen Gefahren der mRNA-Impfstoffe:

https://www.youtube.com/watch?v=Pv6tzWfDK-w

2.

Prof. Dr. Hockertz:

https://christen-im-widerstand.de/wp-content/uploads/2020/12/A4_Impfflyer_Hockertz.pdf

https://christen-im-widerstand.de/wp-content/uploads/2020/12/Interview-mit-Prof.-Hockertz-Final.pdf

3.

Prof. Bhakdi und Dr. Wodarg in der 45. Sitzung des Corona-Ausschusses, siehe:

https://www.youtube.com/watch?v=zMIz5-lWaB4

Wie können Sie als Träger des Gesundheitsamtes die Arbeit der Impfzentren einfach dulden, obschon es derart viele alarmierende Berichte über oft tödliche Folgen dieser „Impfungen“ gibt?

Wie ist es denn aus Ihrer eigenen Sicht rechtlich zu würdigen, wenn mit alten Menschen faktisch ein großangelegter Feldversuch unternommen wird, bei dem zuverlässig in vielen Fällen mit schwersten Nebenwirkungen bis hin zum Tode zu rechnen ist?

Wieso halten Sie eine solche Impfkampagne für mit dem Nürnberger Kodex vereinbar?

Ich möchte darauf hinweisen, dass der Kollege Tobias Schmid wegen dieser Impfkampagne bereits bei allen Staatsanwaltschaften Strafanzeige erstattet hat, siehe:

https://www.epochtimes.de/assets/uploads/2021/03/Emailversion_Strafantrag_Corona_impfung_final-1.pdf

Auf Grund der grundsätzlichen Bedenken namhafter Experten muss man sich doch die Frage stellen, ob der Einsatz solcher „Impfstoffe" überhaupt zu rechtfertigen ist, da die Geimpften allem Anschein nach mit Ihrem Leben und ihrer Gesundheit russisches Roulette spielen.

Denn sicherlich kann auch den Verantwortlichen Ihrer Kreisverwaltung nicht entgangen, dass es – jedenfalls in den alternativen Medien - zahlreiche Berichte aus aller Welt, insbesondere auch aus Deutschland gibt, wonach Altenheimbewohner kurze Zeit nach der Verabreichung eines Impfstoffs gegen das SARS-CoV2-Virus verstorben sein sollen.

Wie hat Ihre Kreisverwaltung diese Berichte aus aller Welt – auf die sich auch der Kollege Tobias Schmid in der o.g. Anzeige bezogen hat - über Erfahrungen mit den „Corona-Impfstoffen" denn konkret aufgearbeitet und bewertet?

Die Schockstrategie im „Katastrophen-Kapitalismus", die laut dem längst allgemein bekannten BMI-Papier „**Wie wir Covid-19 unter Kontrolle bekommen**" längst offizielles Programm ist und die z.B. Naomi Klein schon vor mehr als 10 Jahren in ihrem Buch „**Schock-Strategie**" eindrucksvoll beschrieben hat, trägt mittlerweile – was hier aber nur am Rande erwähnt werden soll, weil es nicht streitgegenständlich ist - ihre verhängnisvollen Früchte.

F)

Aus den o.g. Gründen möchten wir dringend anregen, Ihre Sicherheitspolitik im Hinblick auf die Tragung einer MNB und die Vornahme von PCR- und Antigen-Tests zumindest so lange zu suspendieren, wie die tatsächlichen und rechtlichen Fragen hierzu noch nicht geklärt sind.

An den PCR-Tests und Antigen-Test werden die Kinder meiner Mandantin – wie gesagt – jedenfalls nicht teilnehmen, weil die Behauptung, dass man (alleine) diesem Test ein (bestimmtes) Virus oder das Vorliegen einer Infektion feststellen kann, aus den o.g. Gründen offensichtlich falsch ist.

Die Anordnung der Durchführung eines solchen evident untauglichen PCR- oder Antigen-Tests ist somit weder aus tatsächlichen Gründen noch aus rechtlichen Gründen zu rechtfertigen.

Eine solche Anordnung ist vom Weisungsrecht eines Schulleiters oder eines Schulträgers nicht gedeckt und überdies auch vollkommen unverhältnismäßig, da vom Vorliegen einer Erkrankung letztlich nur dann ausgegangen werden, wenn auch Symptome einer Erkrankung vorliegen.

Die Behauptung, dass Menschen ohne Krankheitssymptome ein Virus übertragen könnten, gehört – wie obige Quelle zeigt – längst ins Reich der Fabeln.

Mit freundlichen Grüßen

Wilfried Schmitz
Rechtsanwalt